

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

E.A.P. DE ODONTOLOGIA

**Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes
sometidos a tratamiento odontológico integral bajo
anestesia general en el Instituto Nacional de Salud del
Niño, 2010**

TESIS

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR:

Johan Rolando Omonte Gutiérrez

ASESOR:

Olinda Huapaya Paricoto

Lima – Perú

2011

ASESORA DE TESIS:
Dra. OLINDA HUAPAYA PARICOTO

*MIEMBROS DE JURADO DE SUSTENTACIÓN DE
TESIS:*

Presidente: Dr. Pedro Ballona Chambergo

Miembro: Dr. Manuel Antonio Mattos Vela

Miembro: Dr. Delia Olinda Huapaya Paricoto

DEDICATORIA

Seis años atrás me trace una meta y fue el empezar y terminar mi carrera. A lo largo de ese difícil camino tuve muchas personas que me ayudaron y apoyaron de una u otra manera; sin embargo, fueron pocos los que se quedaron hasta el final conmigo para ver los frutos, es por eso que comenzaré a dedicarle y agradecerle este logro:

A MI MAMÁ

*Eres y siempre serás mi sol de cada día.
Guiado por tu recuerdo,
será que conseguiré este
y otros triunfos .*

A MI PADRE

*Por trazar en mi la meta del
estudio y superación
a través de su ejemplo y esfuerzo.
Mi eterno agradecimiento.
Cualquier meta que consiga
será poco para demostrarle
la admiración que le tengo.*

A MIS HERMANOS y SOBRINA ROY y VICTOR

*Muchas gracias, por su apoyo
brindado durante toda mi carrera.*

ALEXANDRA

*Que a través del ejemplo
puedas conseguir
mayores logros*

A TI MAYRA

*Por tu apoyo incondicional durante la ejecución
del trabajo y principalmente por tu cariño
sincero y desinteresado.*

Muchas Gracias.

A Uds. les dedico este triunfo y el inicio de una nueva etapa en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESORA:

Dra. Olinda Huapaya Paricoto

Por su constante orientación, para la culminación del presente trabajo de aptitud profesional.

Por su ayuda durante mi internado hospitalario y cumplir un papel más allá del que una coordinadora de sede.

Gracias por su amistad.

Al Dr. Pedro Ballona

Por el apoyo prestado, Mis más sinceros agradecimientos por brindarme su tiempo y asesoría.

AL Dr. Manuel Mattos

Mi más sincera gratitud, por su orientación en este trabajo y gran disposición para aclararme las dudas que constantemente iban apareciendo.

AL Dr. Alfredo Broggi

Mi agradecimiento por sus enseñanzas y por ser un gran amigo.

AL Dr. Juan Carlos Camacho

Mi agradecimiento por sus enseñanzas y amistad.

Al Director del INSN:

Dr. Roberto Shimabuku Azato por las facilidades para la realización del presente trabajo.

A los trabajadores del INSN (Doctores, Enfermeras, Técnicas y administrativos), le estoy muy agradecido por su amistad y por la colaboración que me has brindado en mi internado y elaboración del presente.

A los Doctores de la Facultad, por sus enseñanzas en estos 6 años, a los trabajadores de la facultad por las facilidades brindadas y amistad. Les agradezco su valiosa colaboración.

“Este es el Final de un Arduo Trabajo y el Comienzo de un Gran Triunfo”

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes**
- 2.2. Bases Teóricas**
 - 2.2.1. Introducción
 - 2.2.2. Indicaciones de la Anestesia General en Odontología
 - 2.2.3. Paciente Niño Sano y Paciente Niño con Enfermedad Sistémica
 - 2.2.3.1. Perfil del Niño No Colaborador
 - 2.2.3.2. Niño con Enfermedad Sistémica
 - 2.2.3.3. Selección de Paciente
 - 2.2.4. Características Clínicas
 - 2.2.4.1. Diagnostico Odontológico
 - 2.2.4.2. Diagnostico Sistémico
 - 2.2.4.3. Grado de Riesgo
 - 2.2.5. Características Epidemiológicas
 - 2.2.5.1. Edad
 - 2.2.5.2. Sexo
- 2.3. Definición de Términos**
- 2.4. Hipótesis**
- 2.5. Operacionalización de variables**

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 3.1. Área Problema**
- 3.2. Delimitación del Problema**
- 3.3. Formulación del Problema**
- 3.4. Objetivos de la Investigación**

3.4.1. Objetivo general

3.4.2. Objetivos Específicos

3.5. Justificación del Problema

3.6. Limitación del Problema

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

4.2. Población y Muestra

4.3. Métodos y Procedimientos de Recolección de Datos

4.3.1 Procesamiento de Datos

4.3.2 Análisis de Resultados

V. RESULTADOS

VI. DISCUSIÓN

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

RESUMEN

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio fue de tipo descriptivo y transversal, teniendo como propósito conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el INSN en el año 2010, en una población de 600 casos atendidos en este año aprox, con una muestra de 113 H.C. como registros.

Para determinar tales características se confecciono un instrumento donde se registraba la presencia de enfermedad sistémica, tipo de enfermedad sistémica, diagnostico odontológico y tratamiento odontológico, y grado de riesgo al tratamiento, además se consignaron preguntas como edad, el sexo.

Se encontró que la mayor población se encuentra en un rango de edad de 1-6 años (65.5%), que en su mayoría los pacientes eran varones (60.2%), se encontró además un 25.7% de los pacientes con alguna enfermedad sistémica, además que de estas enfermedades las que se presenta con mayor frecuencia son las Neurológicas (8.8%), también que la caries dental será uno de los diagnósticos más frecuentes en la población (97.3%), que la pulpitis irreversible ocupó un segundo lugar en este estudio (67.3%), la operatoria dental es también el tratamiento más requerido por estos pacientes (95.6%), y que las exodoncias las siguientes más solicitadas (81.4%), también que la mayor parte de los pacientes intervenidos presentaban un RQ I (56.6%) lo cual no representaba un riesgo mayor para las intervenciones además de presentaren su mayoría un ASA II (68.1%) lo cual se evidencia en la cantidad de pacientes con enfermedad sistémica.

SUMMARY

This study was descriptive and cross, with the purpose to know the clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing comprehensive dental treatment under general anesthesia in the INSN in 2010 in a population of 600 cases treated at approx year, with a sample of 113 HC as records.

To determine these characteristics is constructed an instrument which recorded the presence of systemic disease, type of systemic disease, dental diagnosis and dental treatment, and degree of risk to treatment, and questions were recorded as age, sex.

We found that most people are in an age range of 1-6 years(65.5%), most of whom were male (60.2%) were also found 25.7% of patients with systemic disease, further that these diseases which are most often presented with neurologic (8.8%), dental caries also be one of the most common diagnoses in the population (97.3%), with irreversible pulpitis is second in this study (67.3%), the dental operation is also required more treatment for these patients (95.6%), and that the next most requested extractions (81.4%), also most of the operated patients showed a RQ I (56.6%), which posed no greater risk for interventions in addition to present their most ASA II (68.1%), which is evident in the number of patients with systemic disease.

I. INTRODUCCIÓN

Una gran proporción de niños en el Perú, enfrenta una situación caracterizada por la baja calidad de vida, escasez de oportunidades, falta de acceso a servicios básicos y pobreza, esto es consecuencia de la acumulación a lo largo de varias generaciones de carencias económicas y barreras sociales.

En el área de salud, la niñez presenta necesidades específicas de atención restaurativa y preventiva, el área odontológica tampoco es la excepción, ya que los niños presentan diagnósticos complejos y requieren más de un tipo de tratamiento.

El desconocimiento de los padres y la falta de información con respecto a la gravedad e implicancia de las enfermedades bucales facilitan a que estas se propaguen y deterioren la salud de sus niños, encontrándose en ellos lesiones cariosas avanzadas y en mayor número de piezas, lo cual agregado a la dificultad que representa la atención en menores hacen que estos requieran una atención rápida y resolutiva para los diagnósticos que presenten.

En el presente estudio se revisa a base de H.C. la necesidad de tratamiento odontológico que presentaron los niños atendidos en el INSN, 2010, bajo la modalidad de Tratamiento Odontológico Integral en Sala de Operaciones bajo anestesia general, que es brindado por el servicio de Cirugía Buco Maxilo Facial del departamento de odontología; este tratamiento se ofrece a los niños que no tienen una colaboración efectiva al tratamiento ambulatorio y/o también al niño que presente una enfermedad de tipo sistémica, la cual imposibilite o haga necesaria la atención odontológica.

A partir de la revisión de 113 H.C, el presente estudio tiene como objetivo dar a conocer las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes.

Fundamentándose, en lo expuesto, el presente trabajo representa una pequeña parte de lo mucho que hay que investigar en el terreno del Tratamiento Odontológico Integral como una alternativa que presenta la Odontopediatría.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

- Bennett (1987) afirma que las tendencias en anestesia dental van hacia el manejo del paciente en estado de conciencia. Sin embargo se debe enfatizar que para el futuro previsible, la anestesia general debe y será parte integral de la práctica odontológica.¹
- Trevejo y Col. (1992) presenta la experiencia obtenida en 72 pacientes pediátricos que requerían tratamientos odontológicos ambulatorios, pero que por diversas razones no podían ser realizados en forma convencional utilizando anestesia local, por lo que se empleó clorhidrato de ketamina como agentes anestésico general a una dosis de 3.5 mg/kg por vía intramuscular, con lo cual la inducción y la anestesia fueron efectivas produciéndose durante el postoperatorio manifestaciones clínicas más atenuadas que las descritas en la literatura permitiendo así realizar los tratamientos planificados. El uso de ketamina después de haber realizado una evaluación preoperatoria adecuada y bajo control pertinente, administrada en dosis mínimas por vía intramuscular puede ser el anestésico general ideal para tratamientos odontológicos cortos en pacientes pediátricos ambulatorios con dificultad de manejo (AU)²
- Nathan (1995) considera que aunque probablemente no existe un acuerdo entre los odontólogos pediatras en relación a las circunstancias que justifiquen la anestesia general, si hay unos parámetros fundamentales con los cuales médicos, odontólogos y padres pueden determinar si es apropiado.³
- Valdez (1999) mencionan que las necesidades de tratamientos odontológicos de los niños VIH(+) son muy altas, ellos mencionan que ocho (8) el 36% de los veintidós (22) niños VIH(+) en dentición primaria requirieron tratamiento bajo anestesia general debido a caries de biberón, nosotros en nuestro trabajo también encontramos resultados similares: alta incidencia de caries, comportamiento dramático de la caries dental y en niños en dentición temporal de treinta y uno (31) doce el 22,8% han sido referido a tratamiento dental bajo anestesia general.⁴
- Bello (2000) tiene como objetivo de su estudio revisar todos los niños con padecimientos dentales que recibieron un tratamiento odontológico completo bajo

anestesia general (AG) en la Escuela de Odontología de la Universidad Rey Saud, entre 1982 y 1990. Las características de los pacientes, la indicación de ser tratado por la Asamblea General, el tipo de tratamiento realizado y el cuidado dental posteriores recibidos fueron analizados con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de atención. Todos los pacientes que necesitaron tratamiento adicional durante la visita de seguimiento aceptaron el tratamiento bajo sedación y anestesia local y no bajo anestesia general.⁵

- Rao y col (2002) revisaron retrospectiva de 504 placas dentales de los niños que reciben tratamiento integral odontológico bajo anestesia general en los hospitales de niños en Boston entre 1990-1992 y en Washington, DC, entre 1994-1998, se llevaron a cabo. Los datos con respecto los resultados de la restauración se evaluaron utilizando las pruebas de chi cuadrado con la corrección de continuidad. Sólo los registros de los pacientes que regresaron para el seguimiento de al menos seis meses después sus rehabilitaciones se evaluaron. T-pruebas se realizaron en los datos paramétricos. El propósito fue evaluar las tasas de fracaso de los procedimientos de restauración para los niños en proceso de rehabilitación dental bajo anestesia general, realizada por los residentes de pediatría dental de avanzada programas educativos, se evaluaron para determinar los resultados del tratamiento y mejor prácticas. Conclusiones: coronas de acero inoxidable son las restauraciones más confiables, mientras que las resinas compuestas son el menos duradero. El incumplimiento de las restauraciones parece estar relacionado con la duración del seguimiento.⁶
- Loyola y col (2002) incluyeron 31 pacientes. Los grupos de pacientes más importantes fueron: parálisis cerebral infantil, niños sanos no cooperadores y síndrome de Down. Los tratamientos más solicitados fueron: obturaciones de resinas, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis, extracciones, endodoncia, coronas de acero-cromo y cirugía maxilofacial. Los promedios de procedimientos realizados bajo anestesia general fueron: nueve procedimientos por paciente, 12 min por procedimiento, el tiempo de anestesia general fue de 100 min; la edad promedio fue de seis años. La anestesia general es una herramienta efectiva para proporcionar tratamiento odontológico a este grupo de nuestra sociedad.⁷

- Vargas M. (2003) considera que el tratamiento odontológico integral es útil en pacientes con minusvalías por ello afirman que es un procedimiento útil en el tercer milenio y establece un protocolo de atención básica al respecto.⁸
- Guerra y col (2003) en este trabajo presentan el caso de un paciente de tres años de edad infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, cuyos padres también estaban infectados. Este niño presentaba una problemática bucal de Caries Rampante. A este paciente se trató bajo anestesia general y fue atendido por un equipo multidisciplinario conformado por médicos, odontólogos y personal auxiliar de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela y de los Hospitales J.M. de Los Ríos y Universitario de Caracas.⁹
- Guerra y col (2003) de un total de treinta y un pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas “Dra. Elsa La Corte” de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, entre 1998 y abril del 2001 se atendieron atención bajo anestesia general a siete (7) niños VIH (+). La procedencia de estos pacientes fue la siguiente: cinco (5) procedentes de Caracas y dos (2) del estado Nueva Esparta. En relación al género la mayoría pertenecen al sexo masculino, ya que se han intervenido seis (6) varones y una (1) niña. De acuerdo a la clasificación clínica e inmunológica a la que pertenecen es seis pacientes a la categoría C3 y uno la categoría B2. Del total de siete (7) niños VIH(+) tratados bajo anestesia general dos presentaron complicaciones postoperatorias por lo cual que se mantuvieron hospitalizados; uno con una Candidiasis bucal que ameritó tratamiento por una semana y otro por disminución plaquetaria y linfocitaria. Seis de los representantes se mostraron colaboradores y agradecidos por el tipo de tratamiento, solo uno refirió rechazó y muy poca colaboración.¹⁰
- De la Teja y col, (2004) estudiaron 347 pacientes. Las edades iban de 23 meses (1 año 9 meses), a 204 meses (17 años), media de 71.93 (5 años 9 meses). El 3.7% era sanos y 96.3% tenía un problema médico. Los motivos para ser tratados con anestesia general fueron: ser no cooperadores, médicamente comprometidos y con tratamiento dental extenso o complejo. La rehabilitación bucal bajo anestesia general tiene la ventaja de permitir realizar los procedimientos buco-dentales en forma integral y en una sola sesión, permitiendo que el paciente recupere totalmente las funciones del aparato estomatológico: fonación, masticación y deglución.¹¹

- De la Teja y col (2004) identificaron las características clínicas y bucales de los pacientes sometidos a rehabilitación bucal bajo anestesia general en el servicio de Estomatología Pediátrica. Entre 80 y 85% de los pacientes pediátricos aceptan de buen grado los tratamientos estomatológicos con el uso de las técnicas convencionales de manejo de conducta; el 15% restante requiere el uso de fármacos y de anestesia general. La rehabilitación bucal bajo anestesia general tiene la ventaja de permitir realizar los procedimientos buco-dentales en forma integral y en una sola sesión, permitiendo que el paciente recupere totalmente las funciones del aparato estomatológico: fonación, masticación y deglución.¹¹
- De la Teja y Col (2004) estudiaron el universo de pacientes pediátricos médicamente comprometidos que demanda atención estomatológica integral a una institución de tercer nivel rebasa por mucho la oferta del Servicio de Estomatología (SE). La necesidad de eliminar focos infecciosos, dolor y riesgos latentes de enfermedades sistémicas o alterar el ciclo del tratamiento médico de niños médicamente comprometidos serían las causas más comunes para rehabilitar la cavidad bucal de estos pacientes bajo anestesia general. En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se organizó del 9 al 15 de septiembre del 2003 un Taller de Rehabilitación Bucal bajo Anestesia General del cual se presentan los resultados.¹¹
- Sanjuán y Carracedo (2004) realizaron un trabajo en el que consideran que un amplio colectivo de población, como son los niños no colaboradores para el tratamiento dental convencional, niños con caries de biberón de muy corta edad, discapacitados o pacientes médicamente comprometidos que necesitan tratamiento dental, pero que no pueden ser tratados en la consulta y en el que se recomienda el uso de anestesia general si fracasan otras técnicas de manejo de la conducta.¹²
- Pizano y Bermúdez (2004) dedujeron que no existe evidencia científica publicada que compruebe que la sedación y la anestesia general, conllevan por sí mismas, un riesgo a la salud o la vida del paciente. El temor y las preferencias personales son determinantes en el rechazo de estas dos magníficas herramientas del manejo de la conducta. El éxito de ellas en la práctica odontológica se basará en una adecuada y completa valoración, que será tanto médica incluyendo el estado actual de salud del paciente y dental con la completa planeación del tratamiento, como anestésica incluyendo la indicación precisa del tipo de procedimiento. Además se deben de tomar

en cuenta los factores asociados, que afectarán de forma importante el tratamiento, y estos incluyen el tipo de procedimiento, la valoración de la ansiedad y la valoración de la conducta.¹³

- Arenas y col (2006) dicen que la utilización de la anestesia general para llevar a cabo tratamientos odontológicos es elegida generalmente como la última opción. Sin embargo, en determinadas circunstancias, son los padres quienes demandan este tipo de atención, con el fin de evitar que sean aplicadas técnicas de remodelación de la conducta para la adaptación del paciente no cooperador a la consulta. Es por ello que nos planteamos analizar el proceso de toma de decisión y la actitud de cada una de las partes involucradas, así como también los condicionantes que pueden originar que la rehabilitación oral sea llevada a cabo bajo anestesia general.¹⁴
- De la Teja y col, (2007). describen en este artículo la forma de atender estos casos mediante la presentación de 3 tratamientos bajo anestesia general. El conocimiento y atención interdisciplinaria del paciente VIH+ es crucial para un tratamiento de calidad. En estomatología, la erradicación de focos infecciosos y una buena higiene bucal son importantes para evitar infecciones oportunistas propiciadas por la inmunosupresión. En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) la atención bucal bajo anestesia general, es la mejor opción, ya que en una sola intervención se realizan todos los tratamientos, con mínimo riesgo.¹⁵

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1.- Introducción

En Anestesia General en Odontología como en cualquier otro procedimiento quirúrgico debe realizarse a todo paciente una evaluación pre- operatoria de rutina, todos los pacientes que se someten a este tipo de procedimiento anestésico quirúrgico por lo general son ambulatorios.

EL profesional que realice el tratamiento tendrá un entrenamiento adecuado en el manejo del paciente bajo anestesia general o sedación consciente.¹⁶

2.2.2.- Indicaciones de la Anestesia General en Odontología

La anestesia general en Odontología se aplica a varios tipos de pacientes que van desde un niño de corta edad con necesidades considerables de tratamiento operatorio, hasta una persona adulta que puede estar muy ansiosa, temerosa, irritable, aprehensiva y que a voluntad propia solicita que se administre anestesia general para el tratamiento que se le va a realizar.¹⁶

Frecuentemente el Odontopediatra es solicitado para el tratamiento de pacientes, que por su edad, comportamiento, estado de salud general, incapacidad física, limitación intelectual, o necesidades especiales de tratamiento, como protección de la esfera síquica en el niño o como soporte en el tratamiento de otras condiciones patológicas que requieren una atención especial. También es necesario un acuerdo entre el Odontopediatra, pediatra y anestesiólogo para un manejo integral y determinar la realización de la anestesia general.

Existen muchas indicaciones para la anestesia general en Odontología, se nombran algunas:

- Necesidad de tratamiento extenso (el cual no se puede realizar eficientemente en un número razonable de citas, con o sin sedación).
- Circunstancias donde a veces se encuentra resistencia moderada o severa a los procedimientos de manejo convencional, incluyendo restricción y premedicación. Esto incluye pacientes de cualquier edad con excesiva ansiedad, irritabilidad o fobia.
- Cuando el estado neurológico o medico y la tolerancia del niño no permite un tratamiento seguro en el consultorio. Discapacidad física o sensorial o una enfermedad dental severa.

- Pacientes que sufren de limitaciones en el movimiento o apertura de la cavidad oral.
- Niños con compromiso sistémico, con enfermedades congénitas cardíacas, enfermedades renales, discrasias sanguíneas que necesitan tratamiento extenso en cavidad oral.
- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.
- Pacientes con trauma o infección orofacial.
- Niños que reciben tratamiento de odontología integral bajo anestesia general por solicitud de los padres, así mismo pacientes adultos que lo prefieren.
- Pacientes que viven en zonas alejadas.¹⁶

2.2.3.- Paciente Niño Sano y Paciente Niño con Enfermedad Sistémica

Existe toda una serie de técnicas para el control de la conducta del niño en el gabinete odontológico. El objetivo común de todas ellas es concluir el tratamiento de la manera más eficaz y en las mejores condiciones de seguridad. Algunos tratamientos requieren técnicas de alto nivel de meticulosidad, y no siempre se podrían llevar a cabo en un niño que no consiguiéramos mantener quieto y con la boca abierta mientras dura la sesión odontológica. La anestesia general puede llegar a ser el único medio para llevar a cabo un tratamiento odontológico. De esta forma será posible realizar intervenciones de forma eficaz en un ambiente de seguridad, confort y calma.¹⁷

Como norma general es imprescindible que se realice en un centro hospitalario adecuado y por profesionales especialistas en anestesiología.

Antes de decidirse por la anestesia general, habría que considerar otras técnicas terapéuticas alternativas para el control de la conducta, incluso aquellas restrictivas con limitación de la movilidad y la sedación no debe indicarse pues a la ligera ni por la comodidad del odontólogo o de los padres, y en todo caso no es recomendable decidirse por el tratamiento bajo anestesia general sin antes no haberlo intentado al menos un par de veces en el gabinete. Algunos niños no colaboran la primera cita pero lo hacen a la siguiente.

La anestesia general debería ser siempre el último recurso a emplear en la atención odontología del niño.

2.2.3.1. Perfil del niño no colaborador

-Niño con alteración emocional

El nivel de ansiedad de un niño nos guía sobre el grado de alteración emocional de este. Cuando el miedo que comporta la cita con el dentista se añade el problema emocional de base, frecuentemente se produce una crisis conductual. En general, los niños que sufren trastornos emocionales son pacientes muy complicados.¹⁷

El problema para el dentista viene agravado porque en muchísimas ocasiones no existe diagnóstico confirmado y los padres son reticentes a la hora de aceptar la conducta disruptiva de su hijo no es únicamente por la visita al dentista, sino por una alteración emocional. Acostumbrado al comportamiento de su hijo, con frecuencia pasan por alto las anomalías de la conducta de este o racionalizan el problema dándose una dudosa interpretación.

-Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas

Un niño que padece alguna enfermedad crónica puede presentar problemas de conducta sin los padres dejan de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyen en sus vidas. Evidentemente, un niño que deba ser sometido a un trasplante de médula ósea necesita apoyo de sus padres, pero este apoyo es más eficaz cuando el niño está sujeto a ciertas reglas que le ayudan a comportarse correctamente. Es fácil comprender que para los padres no es una tarea sencilla.

Estos consejos en cuanto al comportamiento de los padres ante un niño enfermo son válidos también para otro tipo de circunstancias, como los hijos de ambientes familiares alterados, los niños que cambian de ambiente familiar, aquellos que acaban de tener un nuevo hermano y los niños que hayan pasado por la pérdida de un ser querido (incluidas mascotas, perros, gatos, etc).

Como grupos, los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de padecimiento emocional y fácilmente presentan problemas de colaboración con sus citas

dentales. Por supuesto, cuando se sospecha maltrato y abandono, el odontólogo tiene la obligación legal de informar a las autoridades correspondientes.

-Paciente infantil tímido o introvertido

La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños que la padecen, en particular los más pequeños. La visita al dentista supone un encuentro humano bastante intenso que exige empatía y un buen grado de comunicación. Estos se mostraran cohibidos y quizá lloren, pero rara vez se comportan de manera agresiva o con una rabieta. El objetivo del odontólogo es conseguir empatía, confianza y buena comunicación.

Por lo general, resulta efectivo el elogio y la técnica de la triple E (explicar-enseñar-ejecutar), y con tiempo y paciencia se convierten en excelentes pacientes.

-Niño atemorizado

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo así como para maestros médicos y cualquiera que los trate. Estos miedos temor las agujas, miedo a la lesión corporal temor a lo desconocido, en general.

El miedo puede ser el factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber que la no cooperación del niño se debe al miedo o bien la causa es otra o multifactorial.

A continuación se citan algunas observaciones que pueden ayudar tanto al profesional como a los padres a comprender el miedo del niño en la consulta odontológica.

- El niño no consigue vencer sus miedos a pesar de las explicaciones del odontólogo o de sus padres, bien por su corta edad o bien por un desarrollo lento.
- El niño exagera sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida (p.ej. niños provenientes de hogares en crisis, niños que sufren abusos y otros que pierden un familiar, amigo o mascota). También se incluyen en este grupo a los que se enfrentan problemas de salud.
- El niño añade a los suyos miedos de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.
- El niño sufrió una mala experiencia médica o dental. Estos son miedos aprendidos.
- El niño presenta alguna alteración emocional.

La no superación del miedo puede suponer posponer el tratamiento y, por tanto, empeorar la salud bucodental del niño. En estos casos justificada la utilización de fármacos como sedantes, e incluso la realización del tratamiento dental bajo anestesia general.

-Niño con aversión a la autoridad

Se trata de niños difíciles que no pueden aceptar o seguir instrucciones de los adultos. Son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. Les cuesta mucho obedecer. El odontólogo representa una figura de autoridad, y este tipo de paciente rechaza cualquier tipo de autoridad. En consecuencia el dentista pasa a ser un candidato especial a estimular este tipo de conducta inadecuada. Este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión a obedecer las órdenes de los adultos.

2.2.3.2. Niño con enfermedad sistémica

Hay determinados pacientes que presentan una serie de patologías como Guillain Barre, parálisis cerebral, autistas, síndrome de Marfan, Miastemia gravis, enfermedades congénitas cardíacas, hipertensión, diabéticos, EPOC, enfermedades renales, insuficiencia cardíaca, traumas cráneo faciales, etc., etc. cuyo manejo debe estar supeditado a su patología, tratando anticipadamente en colaboración con el médico ya sea cardiólogo, internista, endocrinólogo, neurólogo, etc., etc., para que estos pacientes vayan en las mejores condiciones posibles y controlando adecuadamente su enfermedad de base, para que las complicaciones eventuales que podrían presentarse durante el procedimiento anestésico quirúrgico se reduzcan al mínimo así como también en el pos - operatorio inmediato.

El odontólogo debe tratar a todos estos pacientes asegurándose que no exista riesgo para su salud.¹⁷

2.2.3.3. Selección del paciente

La decisión de hospitalizar a un niño para la realización de su tratamiento dental es algo muy relativo, teniendo en cuenta que existen muchos odontólogos con distintos grados de formación en el manejo de la conducta, con niveles de paciencia muy dispar con distintas metas y objetiva para sus tratamientos, etc. El paciente que para determinados profesionales será un inevitable candidato a la anestesia general es en muchos casos perfectamente tratable

con técnicas convencionales de control de la conducta en el gabinete de otro odontólogo con conocimientos y experiencia en este campo.

En general, el paciente que remitimos para anestesia general es aquel que seleccionaremos muy bien según su capacidad de colaboración, patología a tratar y su edad o peso corporal.

Es probable que un niño menor de dos años de edad no colabore, pero es fácil de manejar mediante restricción física con ayuda y comprensión de la madre. Si el paciente no colaborador ya tiene cierta edad y cuerpo voluminoso, además es fuerte y violento, la restricción física estaría contraindicada, por inefectiva y peligrosa.¹⁸

2.2.4. Características Clínicas

2.2.4.1. Diagnostico Odontológico

-GINGIVITIS

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles.

Una lesión a las encías por cualquier causa, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis.

-Tratamiento

La profilaxis Dental, también conocida como "limpieza", es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

Generalmente tenemos la creencia de que haciéndonos una Profilaxis Dental de vez en cuando es más que suficiente. Esto es completamente falso. Lo ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 meses, pero no confundamos, la profilaxis dental tiene únicamente un carácter preventivo y puede beneficiarnos de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas.

-CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética. Se estudia aún la influencia del pH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso, una celulitis o incluso una angina de Ludwig.¹⁹

-Tratamiento:

Las estructuras dentales que han sido destruidas no se regeneran, sin embargo, el tratamiento puede detener el progreso de la caries dental con el fin de preservar el diente y evitar complicaciones.

En los dientes afectados, se elimina el material cariado con el uso de una fresa dental para reemplazarlo con un material reconstructivo como, porcelana y resina compuesta. Estos materiales se asemejan a la apariencia natural del diente, por lo que suelen preferirse en los dientes anteriores. Muchos odontólogos consideran las amalgamas o aleaciones de plata y de oro como más fuertes y suelen usarse en los dientes posteriores, aunque hay una fuerte tendencia a utilizar la resina compuesta para los dientes posteriores también.

Las coronas se usan cuando la caries es muy grande y hay una estructura dental limitada, la cual puede ocasionar un diente debilitado. Las obturaciones grandes y la debilidad del diente aumentan el riesgo de ruptura del mismo. El área cariada o debilitada se elimina y se repara mediante la colocación de una cubierta o "tapa" (corona) sobre la parte del diente que queda.

-PULPITIS REVERSIBLE

Es una enfermedad inflamatoria suave a moderada de la pulpa causada por diversos estímulos, en la cual la pulpa es capaz de regresar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo. Los cambios inflamatorios que ocurren son: vasodilatación, congestión, estasia, trombosis, aglomeración de leucocitos dentro de los vasos sanguíneos, edema, ruptura de los vasos y hemorragia local. Se caracteriza por ser un dolor no localizado, agudo y que cede después de aplicar un estímulo doloroso. También es conocida como hiperemia dental. La hiperemia puede aparecer después de un tratamiento odontológico (obtusión, microfiltración por mal sellado, preparación para prótesis fija, ajuste oclusal, túbulos dentinarios expuestos, maniobras iatrogénicas) o después de un traumatismo dentario.

Si la hiperemia se mantiene en el tiempo puede derivar en una pulpitis irreversible.

-Tratamiento:

La pulpotomía es una acción quirúrgica preventiva que tiende a mantener la vitalidad pulpar, que puede y debe ser ejecutada por el odontólogo de práctica general. Los resultados son verdaderamente alentadores, indudablemente que, ciertos factores deben ser tomados en consideración para obtener el éxito deseado, entre estos sobresalen: la edad biológica de la pulpa, el tiempo de contaminación del paquete vascular nervioso en la cavidad bucal y el estado inflamatorio del tejido pulpar.

Mientras más joven la pulpa su irrigación es abundante, consecuentemente los elementos de defensa y regeneración que aporta el tejido sanguíneo, al realizar la pulpotomía, permitirán una reacción biológica mejor por parte de la pulpa. Los vasos sanguíneos en un diente joven, en donde el foramen apical es relativamente amplio, son más abundantes y de mayor diámetro, estos van disminuyendo de acuerdo a la edad y a la fisiología pulpar; factores de agresión: bacterianos, químicos, traumáticos, aceleran la formación de dentina reparativa, disminuyendo los volúmenes de la cámara coronaria, de los conductos radiculares y los

forámenes apicales, produciéndose una disminución del aporte sanguíneo, con la consecuente disminución de la capacidad de reacción pulpar. Las células del parénquima pulpar en estas condiciones tienden a desaparecer produciendo una fibrosis del tejido que impide la reparación de la pulpa.

Mientras mayor es el tiempo de contacto de la pulpa con el medio bucal, aumenta la posibilidad de proliferación de bacterias al interior del paquete vásculo nervioso causando un efecto inflamatorio que desembocará posteriormente en la lisis de este tejido. Las lesiones que tienen su etiología en accidentes operatorios o traumatismos tienen un mejor pronóstico que los problemas de ascendencia bacteriana en las lesiones de desmineralización de esmalte y dentina.

Ante las injurias de cualquier etiología, el paquete vásculo nervioso inicia su defensa, inflamándose. Esta reacción inicialmente es local y circunscrita, si no se elimina el estímulo, el mecanismo inflamatorio continua destruyendo en forma lenta y continua la pulpa. En estas condiciones las pulpitis así constituidas, serán reversibles o no, independientemente de su vitalidad. La pulpotomía tendrá éxito en el primer caso. Las reacciones en especial a los estímulos térmicos (frío) son valorables para el diagnóstico clínico. Bien vale la pena recordar que, una presentación dolorosa que va más allá de un minuto después de cesado el estímulo, o la aparición de dolor espontáneo sin participación de una causa, llevará a la sospecha de una pulpitis irreversible.

-PULPITIS IRREVERSIBLE

Es una enfermedad inflamatoria persistente de la pulpa, la cual se encuentra vital, pero sin capacidad de recuperación, aún cuando se hayan eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio. Generalmente son debidas a una pulpitis reversible no tratada. Se caracteriza también por la aparición de dolor de forma espontánea, sin haber aplicado ningún estímulo sobre el diente. La reacción inicial de la pulpa es la liberación de mediadores químicos de la inflamación. Se forma entonces un edema intersticial que va a incrementar la presión intrapulpar, comprimiendo las fibras nerviosas, y dando lugar a un dolor muy intenso, espontáneo y provocado. En las formas serosas prevalece el exudado inflamatorio, mientras que en las formas purulentas hay aumento de pus, debido a los

leucocitos que han llegado a resolver la inflamación. La pulpitis irreversible deberá ser tratada siempre, ya que no se puede recuperar, bien haciendo una endodoncia o tratamiento de conductos o, si el diente es insalvable, una extracción.

Según el grado de afectación del tejido pulpar, y de la afectación o no del tejido periapical, presentará diferente sintomatología:

1° *Pulpitis Crónica*: Dolor más o menos intenso, localizado, principalmente aparece al contactar con el diente afectado en la masticación, aunque también responde de forma intensa al frío o al calor. Es menos frecuente que los dos siguientes tipos de pulpitis irreversible.

2° *Pulpitis Aguda Serosa*: Se caracteriza por un dolor agudo, localizado, que no cede tras la aplicación de un estímulo doloroso, principalmente el frío, aunque el calor o el contacto con determinados alimentos también pueden producir dolor.

3° *Pulpitis Aguda Purulenta*: Además de inflamación existe un contenido purulento dentro de la pulpa. El dolor es muy intenso al aplicar calor, y suele aliviarse momentáneamente al aplicar frío.

Cuando la pulpitis se mantiene en el tiempo, conduce a:

4° *Necrosis (gangrena) pulpar*: La inflamación del tejido pulpar en el interior del diente impide que el riego sanguíneo sea viable, con lo que el tejido empieza a degradarse y sufre una degeneración o necrosis. El diente se vuelve insensible al frío o al calor, pero extremadamente doloroso al tacto, puesto que se produce una salida de pus y bacterias hacia el periápice. Se entiende por necrosis pulpar la muerte de la pulpa por irritación química, bacteriana o traumática (fracturas dentarias, fuerzas Ortodóncicas, sobrecarga oclusal)

-Tratamiento

La pulpectomia es la técnica mediante la cual se remueve el tejido pulpar de un diente con el propósito de reducir la población bacteriana en la pulpa contaminada, y así obtener un conducto limpio y saneado. Debemos tener en cuenta que las raíces de los molares temporales, son frágiles y divergentes, y poseen conductos accesorios en la región de la furca, que parten del suelo de la cavidad pulpar, por lo que la instrumentación de estas resulta más difícil que la de los molares definitivos.

La extracción dental es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alvéolos con el menor trauma posible. Se tiene que tener las siguientes consideraciones:

- El diente está muy dañado
- El nervio del diente está infectado
- El diente está impidiendo el crecimiento dental normal
- El diente está suelto por una enfermedad periodontal avanzada
- Hay una pérdida del hueso soporte, encías o tejido¹⁹

2.2.4.2. Diagnostico Sistémico

Enfermedades sistémicas son aquellas que involucran varios órganos o todo el cuerpo.²⁰ (ANEXO I)

En el presente trabajo y para fines prácticos se ha tomado la clasificación de las enfermedades sistémicas del servicio de cirugía buco maxilofacial de INSN. (ANEXO II)

2.2.4.3. Grado de riesgo

El riesgo quirúrgico es la probabilidad de causar daño, lesión o pérdida como consecuencia de la situación creada por la operación

La mortalidad quirúrgica global es de 1.9 %. En las primeras 48 hs, las principales causas de muerte se relacionan con la inducción anestésica y el procedimiento quirúrgico (ventilación inadecuada, arritmias, aspiración, depresión miocárdica e hipotensión refractaria). En el postoperatorio alejado la mortalidad se relaciona principalmente con complicaciones infecciosas y cardiovasculares. Sin embargo, la mayoría de los pacientes a los que se realiza una intervención quirúrgica, son pacientes sin otra enfermedad que la que motiva la cirugía. El riesgo de muerte en estos pacientes es del orden de 1 por cada 3.000 operaciones y hasta 1 por cada 10.000 cuando se trata de cirugías simples.

El riesgo quirúrgico depende de:

- El medio asistencial donde la operación se realiza (infraestructura, experiencia del profesional médico y no médico, equipos, etc.)
- De la anestesia en cuanto a técnica y tipo.
- Del equipo quirúrgico, (experiencia, capacidad y técnica.)
- De la magnitud de la operación, teniendo en cuenta la existencia de cirugías de alto y bajo riesgo.
- Del estado psicofísico del paciente.²¹

El grado de riesgo quirúrgico en este trabajo se va a medir en este trabajo por dos valores, el riesgo quirúrgico (RQ) propiamente dicho y la clasificación ASA.

-Riesgo quirúrgico

Somos odontólogos y es la cavidad bucal nuestro terreno, tener conocimiento de la repercusión de los cuadros médicos generales que puedan condicionar nuestros tratamientos, es un capítulo a considerar.

A nivel internacional también en la Odontología se acepta como método de clasificación del riesgo posible, el utilizado por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), de ella citaremos las cinco primeras clases:

Clase I: Paciente en estado de salud.

Clase II: Paciente con enfermedad sistémica leve controlada y no incapacitante.

Clase III: Paciente con enfermedad sistémica grave y no incapacitante (ej: angiopatía diabética instalada).

Clase IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante (ej: insuficiencia renal severa).

Clase V: Paciente en estado terminal con expectativa de pocas horas de vida.

E = Intervención de emergencia.²²

-Sistema de Clasificación ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Clase I. Paciente saludable no sometido a cirugía electiva

Clase II. Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.

Clase III. Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.

Clase IV. Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.

Clase V. Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.²³

2.2.5. Características Epidemiológicas

2.2.5.1. Edad

Cronológicamente, la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Dentro de ella se distinguen varios periodos: recién nacido (primeras cuatro semanas), lactante (1-12 meses de vida), preescolar (1-6 años), escolar (6-12 años) y adolescente (12-18 años).²⁴

En el INSN se considera otra forma de clasificación.

-Rango de edad en que las que oscilan los pacientes atendidos por el INSN.

Categorizado en.

- 0-3 años
- 3-5 años
- 6-9 años
- 10-12 años
- 13-15 años
- 16-18 años

Los pacientes de 0 a 3 años son considerados bebés dentro del departamento de odontología del hospital, por lo tanto parte de estos son atendidos por la unidad del bebé del departamento.

Para fines prácticos en el presente se tomarán los rangos pediátricos estándar.

2.2.5.2. Sexo

La identidad sexual es un aspecto de la identidad de género. Género es la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos.²⁵

2.3 Definición de Términos

Anestesia general: la anestesia general consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de conciencia, de analgesia y relajación muscular.²⁶

Sala de operaciones: Lugar habitual en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas y que presenta las siguientes características: control ambiental para disminuir la contaminación aérea, servicios para el equipamiento quirúrgico y anestésico, mesa de operaciones que permita el posicionamiento adecuado del paciente, iluminación artificial adecuada a los requerimientos quirúrgicos y medidas de seguridad para el enfermo y el personal sanitario. Además, debe tener zonas adyacentes de preparación para la anestesia y el instrumental, así como servicios de esterilización y lavado quirúrgico.²⁷

Tratamiento Odontológico Integral: Procedimiento en el cual se resuelve de manera completa y en un tiempo las afecciones bucales que padece el paciente.

El tratamiento dental integral tiene como objetivo la rehabilitación bucal completa del paciente y no únicamente alguno de los padecimientos existentes, asegurando de esta manera un estado pleno de salud bucal y condiciones óptimas de bienestar general.

Esta forma de tratamiento comprende todos los procedimientos necesarios para alcanzar un estado óptimo de salud, incluyendo cualquier tratamiento de especialidad que sea necesario.²⁸

Instituto Nacional de Salud del Niño: Un Instituto exclusivamente para niños y adolescentes que proteja y albergue al menor desvalido, que ofrece cuidados especializados.²⁹

2.4 Hipótesis

Hipótesis no aplicable por ser de diseño descriptivo retrospectivo

2.5. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub dimensión	Valores	Escala
Características Clínicas	Cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo.	Dx. Sistémico	Diferentes clases de enfermedades que causan alteración de los estados normales de una persona.	Presencia	<ul style="list-style-type: none"> Sin Con 	Nominal
				Tipo	<ul style="list-style-type: none"> Endocrinas Sanguíneas Cardiocirculatorias Neurológicas Sindrómicas Infecciosas Genitourinarias Desórdenes mentales 	
		Dx. Odontológico	Diferentes patologías dentales que presentan los pacientes que son atendidos por el servicio CBMF.		<ul style="list-style-type: none"> Caries dental Pulpitis reversibles Pulpitis irreversibles Necrosis pulpar Remanente Radicular Anquiloglosia 	
		Tto. Odontologico	Tratamiento dentales efectuados en sala de operaciones por el servicio CBMF		<ul style="list-style-type: none"> Operatoria Dental Pulpotomia Pulpectomia Exodoncia Frenectomia 	
		Grado de Riesgo	Riesgo quirúrgico y anestesiológico con el que clasificó el pediatra a los pacientes atendidos por el servicio CBMF.	Riesgo Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> RQ I RQ II RQ III RQ IV RQ V 	Ordinal

				Clasificación ASA	<ul style="list-style-type: none"> • ASA I • ASA II • ASA III • ASA IV • ASA V • ASA VI 	
Características epidemiológicas	Describen y caracterizan un problema de salud. Enumera la distribución y magnitud de las enfermedades dentro de la comunidad.	Grupo Etario	Rango de edades en las que oscilan los pacientes atendidos por el servicio CBMF.		<ul style="list-style-type: none"> • 1-6 años (Pre-Escolar) • 6-12 años (Escolar) • 12-18 años (Adolecente) 	Ordinal
		Sexo	Características biológicas al que pertenezcan los pacientes atendidos por el servicio CBMF.		<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Área Problema

Según la Oficina General de Estadística del Minsa, las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00-K14) ocupan el segundo lugar de entre las principales grupos de causas de morbilidad registradas en consulta externa en el Perú en el 2005, la prevalencia de caries fue 84% y el índice CPO-D 5,6 a los 12 años en el 2000; la prevalencia de enfermedad periodontal fue 85% y la de maloclusión 70%.³⁰ Las patologías dentales se encuentran distribuidas en toda nuestra sociedad sin discriminar edades y tampoco sexo.

Es en los primeros años que se deben controlar estas patologías y uno de los centros de salud más importantes para la atención de niños y adolescentes es el INSN, que recibe diariamente una gran masa de pacientes en su departamento de odontopediatría y que a través de sus diferentes servicios van dando solución a las patologías presentadas

La resolución y prevención de estas enfermedades dentales resulta conveniente cuando tenemos la disposición del pacientes, siendo el universo a atender niños esta facultad no siempre está dada, además de presentar también pacientes con alteraciones a nivel sistémico, lo cual hace necesario resolverlas por otros medios clínicos.

Es en este punto donde nace la necesidad de un resultado efectivo y rápido, con lo cual evaluando al paciente se decide atenderlo bajo anestesia general, y resolver las necesidades dentales más urgentes.

Este grupo es la razón de la presente investigación, obtener de ellos las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que son sometidos a tratamiento odontológico integral en sala de operaciones realizados por el servicio de CBMF del área de Odontopediatría del INSN en el año 2010.

3.2 Delimitación del Problema

En el Perú la mayoría de la población presenta problemas en la salud oral, los diagnósticos y tratamientos son múltiples, nuestro medio es un reflejo de lo encontrado en el país, sin una marcada diferencia entre edad y sexo. Es en los primeros años de vida que estas patologías deben ser controladas y uno de los principales centros de atención para el niño y el adolescente es el INSN.

El INSN dentro de sus múltiples funciones brinda una cobertura de atención odontológica a través de su departamento de Odontopediatria., dentro del universo de pacientes recibidos se encuentran los pacientes sin alteración sistémica y aquellos que si la presentan, también encontraremos aquellos pacientes que por su disposición al tratamiento llamaremos colaboradores y aquellos que no lo son, en este departamento que se encuentra el servicio de CBMF, que se encarga, además de otros, de los tratamientos odontológicos integrales en sala de operaciones (TOI en SOP) que son requeridos por los pacientes antes mencionados.

El presente estudio se realizara en aquellos casos que hayan requerido (TOI en SOP durante el año 2010

3.3 Formulación del Problema

¿Cuál son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes que recibieron tratamiento odontológico integral en sala de operaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú en el año 2010?

3.4. Objetivos de la Investigación

3.4.1 Objetivo General:

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los que recibieron tratamiento odontológico integral en sala de operaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

3.4.2 Objetivos Específicos:

- 1) Determinar el diagnóstico odontológico de pacientes que hayan requerido tratamiento odontológico integral en sala de operaciones.
- 2) Determinar el diagnóstico sistémico de pacientes que hayan requerido tratamiento odontológico integral en sala de operaciones.

3) Determinar el grado de riesgo de pacientes que han requerido tratamiento odontológico integral en sala de operaciones.

4) Determinar la edad y el sexo de los pacientes que han requerido tratamiento odontológico integral en sala de operaciones.

3.5. Justificación de la Investigación

El presente estudio recopila información de los tratamientos odontológicos integrales que se realizan en un año en el INSN, que servirán como referencia de la diversidad de diagnósticos odontológicos y sistémicos que presentan los pacientes atendidos en el servicio de CBMF del departamento de odontopediatría.

Al tener un conocimiento aproximado de la masa de tratamientos realizados, también se podrá tener un aproximado del material humano que se requiere para abastecer estos tratamientos, así como la cantidad de material clínico y quirúrgico a utilizarse en sala de operaciones, además que podrán ser utilizados con fines comparativos, estadísticos y clínicos, ya que el INSN es un instituto referencial, por ser uno de los pocos centros de salud donde se realizan estos tratamientos en niños y adolescentes.

Además de que no existen en el país muchas referencias acerca de la atención odontológica con esta clase de tratamiento.

3.6. Limitaciones de la Investigación

Falta de antecedentes. El Instituto Nacional de Salud del Niño es uno de los pocos centros de salud en realizar el tratamiento odontológico integral a nivel Nacional por lo cual las referencias bibliográficas en cuanto al tema no son muchos.

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo:

Descriptivo: Porque se describe las características clínicas y epidemiológicas, y frecuencia de tratamientos en función de una población.

Retrospectivo: Porque se estudia en relación al pasado revisando radiografías e historias clínicas de años anteriores.

Transversal: Porque estudia las variables en un determinado momento en el tiempo.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. La Población

Está constituida por los pacientes de 0 a 18 años atendidos en el servicio de CBMF del departamento de Odontopediatría del Instituto Especializado de Salud del Niño en el año 2010.

4.2.2. Muestra

Estuvo conformada por los pacientes de 0 a 18 años que hayan sido intervenidos de un tratamiento odontológico integral en sala de operaciones por el Servicio de Cirugía Bucal Maxilo Facial del Departamento de Odontopediatría del Instituto Especializado de Salud del Niño, 2010 para su cálculo se considero la siguiente fórmula: (ANEXO III)

Haciendo las operaciones indicadas, se obtuvo un $n = 113$, por año.

4.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se enumeró las historias y se erigió de manera aleatoria la cantidad determinada por año, de los cuales se extraerá los datos requeridos según el instrumento ideado.

Se confeccionó una ficha para el registro de la información recolectada durante la fase de investigación. (ANEXO IV)

En esta ficha consta la edad del paciente y su sexo, la condición del paciente con respecto a su estado de salud, de tener una enfermedad sistémica, a que tipo pertenece esta., el diagnóstico odontológico con el cual el paciente fue intervenido, el tratamiento odontológico al cual fue sometido en sala de operaciones, el riesgo quirúrgico y la clasificación ASA con el cual el paciente entro a sala de operaciones.

Las observaciones consistieron en la revisión y análisis cuidadoso de cada historia clínica, incluyendo radiografía, con el objetivo de determinar la necesidad del tratamiento odontológico integral en sala de operaciones de niños no colaboradores y con enfermedad sistémica.

Para el análisis de las historias clínicas se utilizaron las instalaciones del archivo del instituto nacional de salud del niño.

4.3.1. Procesamientos de Datos

El procesamiento de datos se realizó mediante la utilización de una computadora Pentium D, en el sistema operativo Windows XP, con el programa SPSS versión 15.

4.3.2. Análisis de Resultados

Primero se organizó los datos en tablas y gráficos usando estadística descriptiva, hallando frecuencias y porcentajes; además de pruebas estadísticas inferenciales no paramétricas.

Se analizo cuadro y gráficos y se detalló porcentajes y frecuencias totales y por variables utilizadas, también se realizó la comparación con los antecedentes y se encontró diferencias y compatibilidades con aquellos.

V. RESULTADOS

Se revisaron 113 H.C. de pacientes sometidos a tratamiento odontológico integral en sala de operaciones del INSN, con el objetivo de obtener de estas, características clínicas y epidemiológicas de los tratados (ANEXO V). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. Grupo Etario

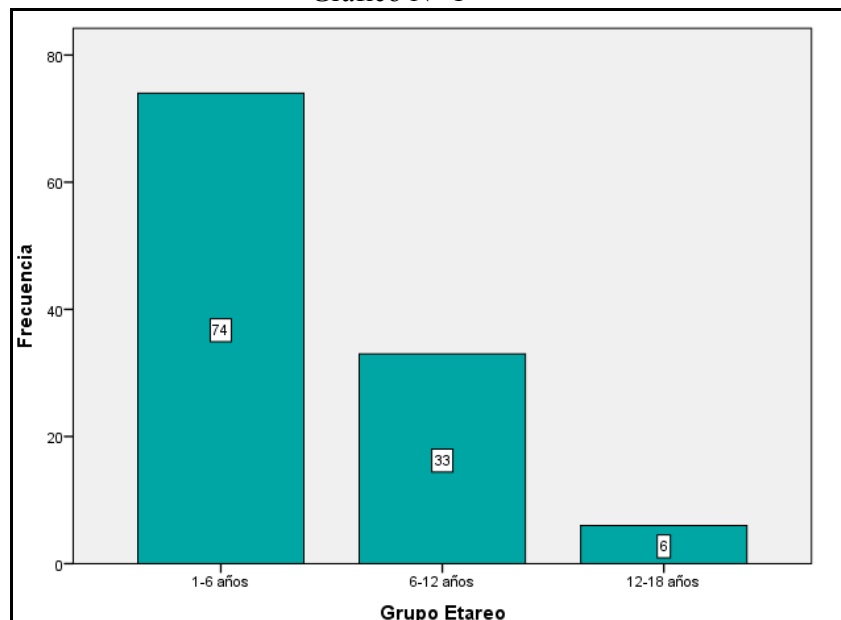
Se observa en la tabla N°1 y en el grafico N°1, la distribucion de acuerdo al rango de edad de los pacientes atendidos en INSN y con respecto al trabajo realizado, donde la mayor parte (N= 74) oscilan entre 1-6 años de edad.

Tabla N° 1

Grupo Etario	n	%
1-6 años	74	65,5
6-12 años	33	29,2
12-18 años	6	5,3
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 1



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

2. Sexo

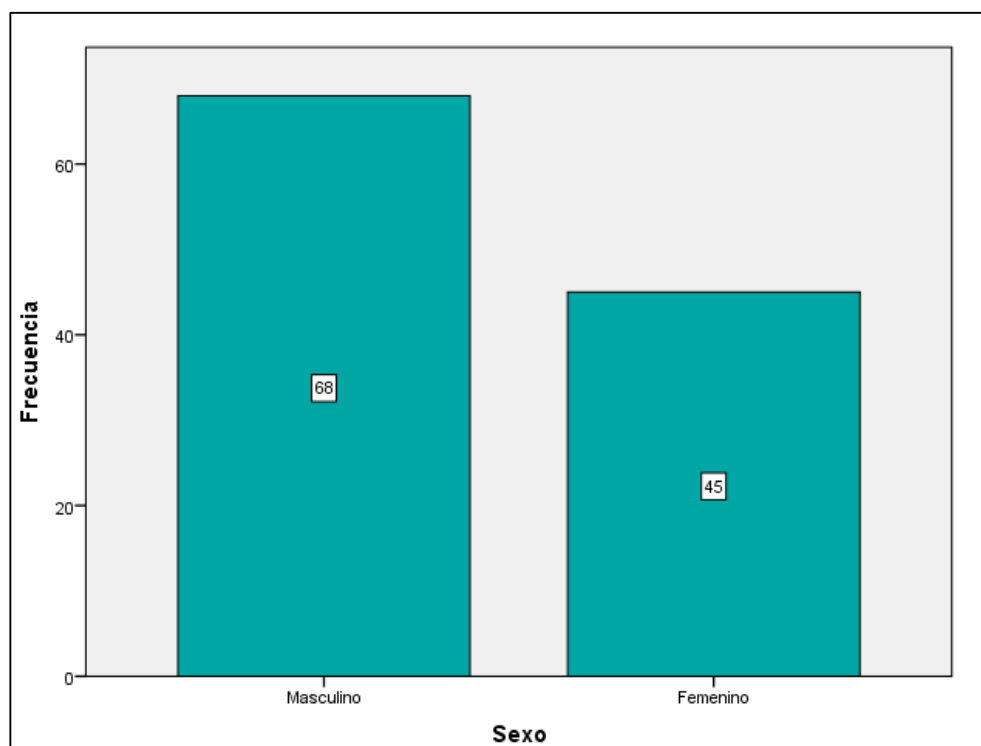
En la tabla y grafico N° 2 se observa la distribucion de la muestra respecto al sexo, siendo la mayoria de pacientes atendidos son varones (Fi=60.2%)

Tabla N° 2

Sexo	n	%
Masculino	68	60,2
Femenino	45	39,8
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 2



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

3. Tipo de Paciente * Grupo Etario * Sexo

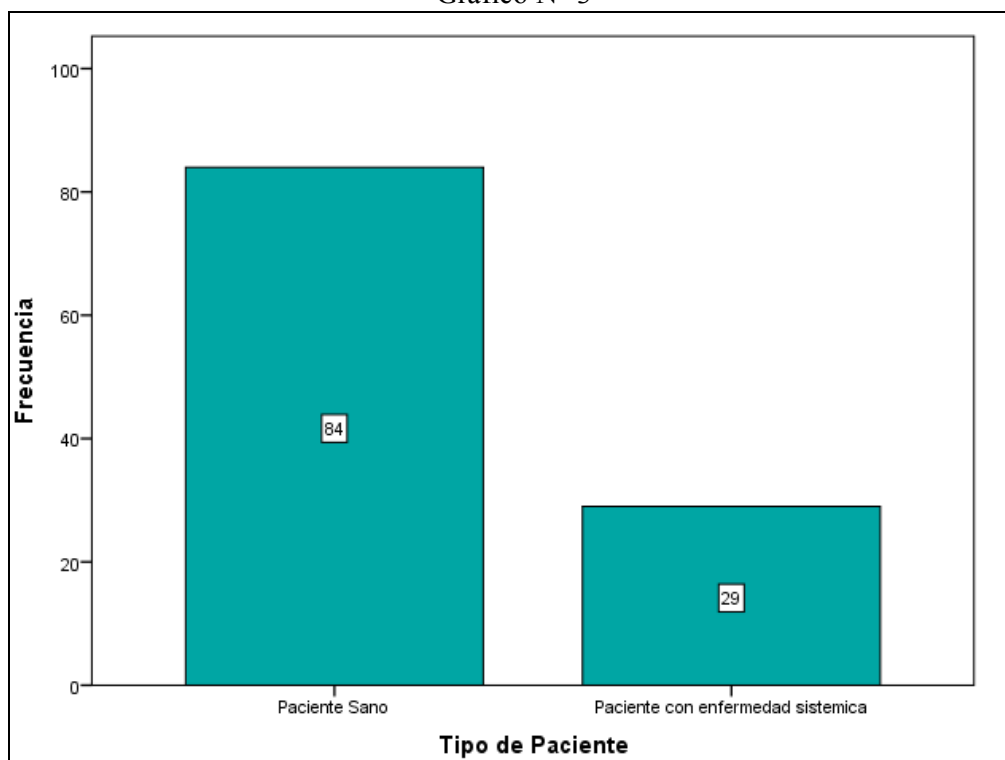
Los pacientes que entran a sala de operaciones presentan además del diagnóstico odontológico, un diagnóstico sistémico, lo cual se presenta como paciente sano y paciente con enfermedad sistémica en la tabla y gráfico N°3, teniendo un 25.7% de los pacientes, con enfermedad sistémica

Tabla N° 3

Tipo de Paciente	n	%
Paciente Sano	84	74,3
Paciente con enfermedad sistémica	29	25,7
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 3



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

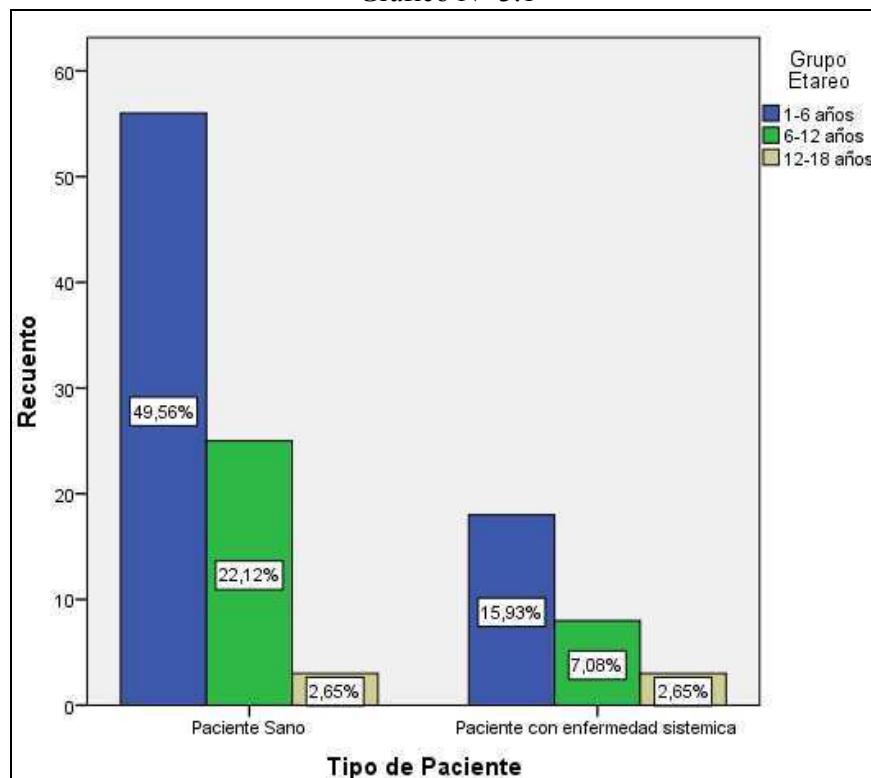
En la tabla y grafico N° 3.1 se observa la distribucion de los pacientes sanos y con enfermedad sistematica con respecto al grupo Etario, se observa que la mayoria de pacientes con una enfermedad sistematica se encuentra en el grupo de niños de 1-6 años de edad (62.1%), a la vez que el mayor grupo de pacientes sanos tambien de encuntra en este grupo Etario.

Tabla N° 3.1

Tipo de Paciente	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	N	%	n	%	n	%
Paciente Sano	56	66,7	25	29,8	3	3,5
Paciente con Enfermedad Sistematica	18	62,1	8	27,6	3	10,3

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 3.1



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

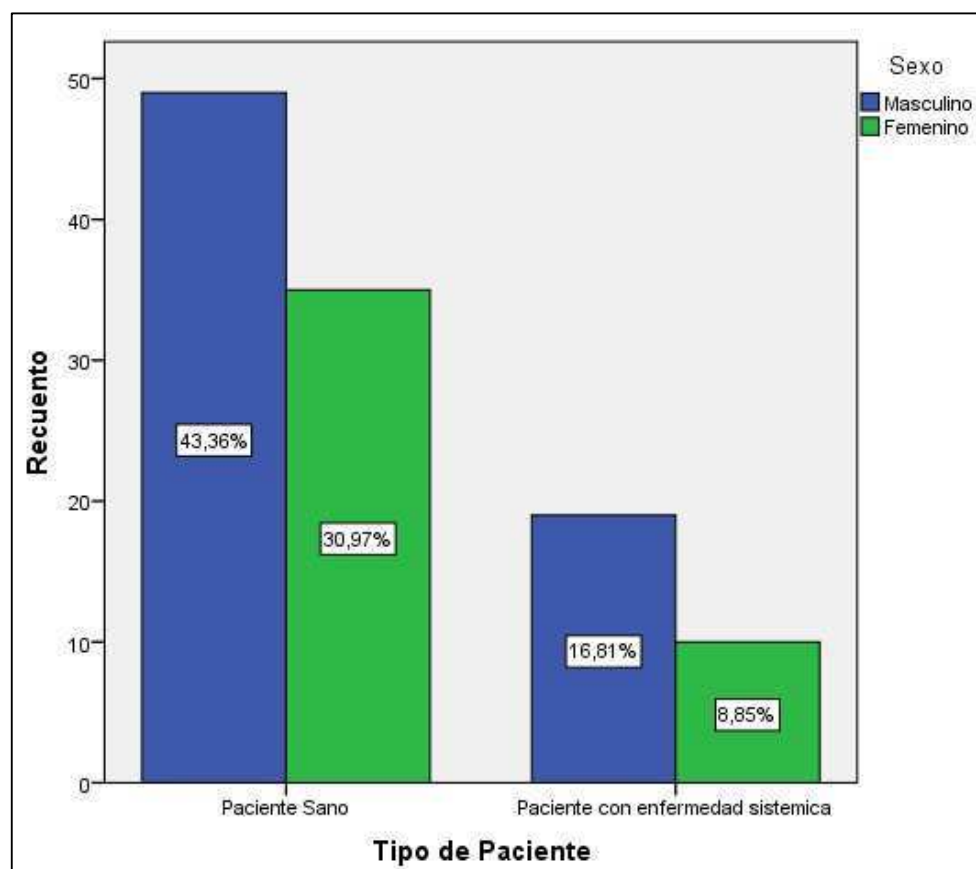
En la tabla y gráfico N° 3.2, se observa la distribución por géneros de los pacientes sanos y con enfermedad sistémica, de los pacientes atendidos; tanto los pacientes sanos (58.3%) y los pacientes con enfermedad sistémica (65.5%), pertenecen al sexo masculino.

Tabla N° 3.2

Tipo de Paciente	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Paciente Sano	49	58,3	35	41,7
Paciente con Enfermedad Sistémica	19	65,5	10	34,5

* Porcentaje respecto a la variable tratada

Gráfico N° 3.2



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

4. Enfermedad Sistémica * Grupo Etario * Sexo

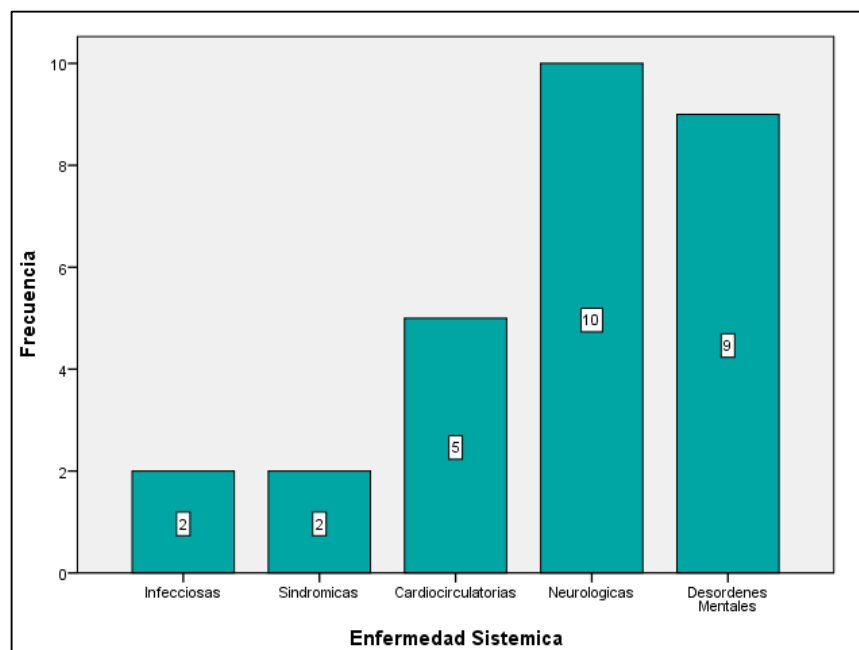
Dentro del grupo de pacientes con enfermedad sistémica, existen tipos de enfermedades sistémicas los cuales son descritos en el marco teórico y en los anexos N° I y II, en nuestra muestra de pacientes tratados se encontró que la mayoría pertenecía al grupo de pacientes con Enfermedades Neurológicas(Epilepsia, PCI, etc), estos eran 8.8% del total, en segundo lugar los pacientes con Desórdenes Mentales(Retardos Mentales, etc)en 8% del total.

Tabla N° 4

Enfermedad Sistémica	n	%
Infecciosas	2	1,8
Sindrómicas	2	1,8
Cardiocirculatorias	5	4,4
Neurológicas	10	8,8
Desórdenes Mentales	9	8
Perdidos	84	75,2
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 4



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

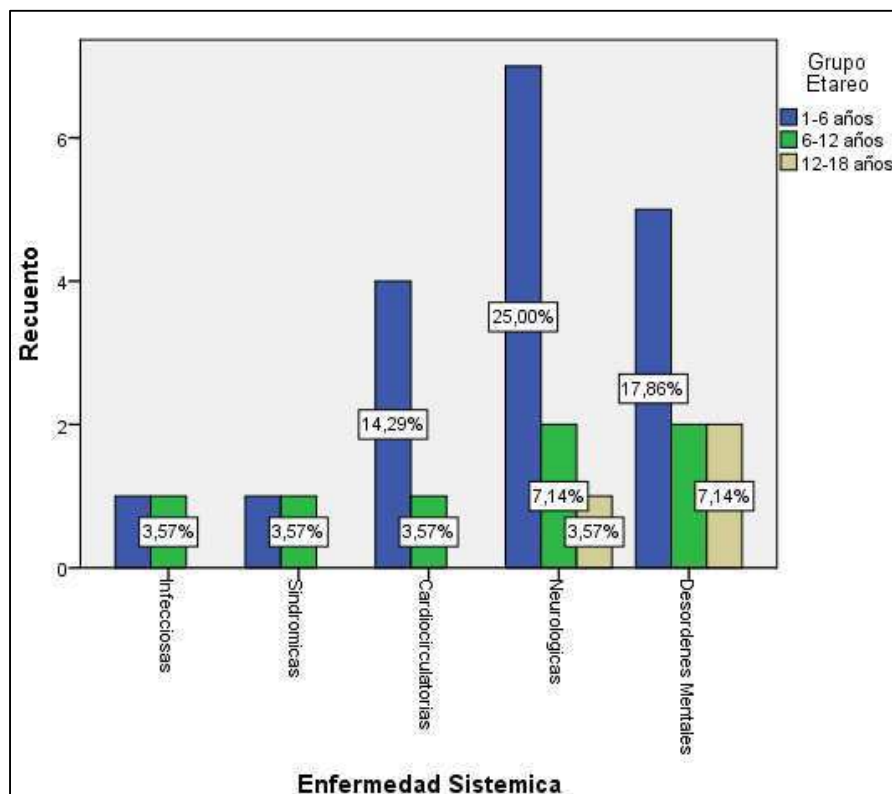
En la tabla y grafico N°4.1, se observa la distribucion de los tipos de enfermedades sistemicas con razon al grupo Etario, encontrandose que el grupo Etario que comprende el rango de edad 1-6 años, es el que presenta los mayores porcentajes con respecto a cada diagnostico presentado, la tabla tambien muestra la frecuencia y porcentaje solo de aquellas enfermedades encontradas en la muestra tomada para el estudio.

Tabla N° 4.1

Enfermedad Sistematica	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	N	%	n	%	N	%
Infecciosas	1	50	1	50	0	0
Sindromicas	1	50	1	50	0	0
Cardiocirculatorias	4	80	1	20	0	0
Neurológicas	7	70	2	20	1	10
Desordenes Mentales	5	55,6	2	22,2	2	22,2

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 4.1



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

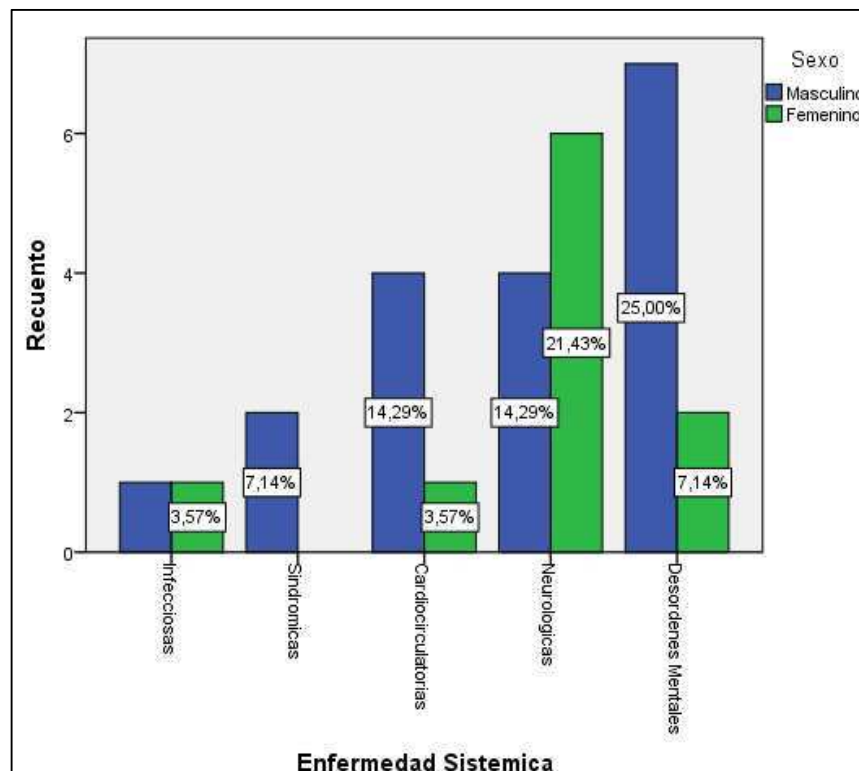
En la tabla y grafico N°4.2, se observa la distribución de los tipos de enfermedades sistémicas con respecto al sexo, en los pacientes atendidos; el grupo de pacientes pertenecientes al Sexo Masculino presentan el mayor porcentaje de muestras con excepcion de los pacientes con Enfermedades Neuologicas donde las mujeres se presentan en un 60% contra un 40% de los varones.

Tabla N° 4.2

Tipo de Paciente	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Infecciosas	1	50	1	50
Sindromicas	2	100	0	0
Cardiocirculatorias	4	80	1	20
Neuologicas	4	40	6	60
Desordenes Mentales	7	77,8	2	22,2

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N°4.2



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

5. Diagnostico Odontologico * Grupo Etario * Sexo

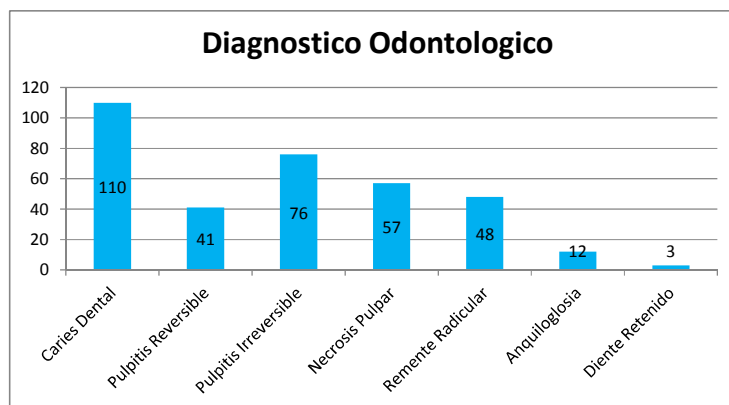
Los pacientes que entraron a sala de operaciones contaron con mas de un diagnostico odontologico, en la revision de H.C. se observo que un 97.3% de los pacientes presentaron Caries Dental dentro del Diagnostico por el cual fueron atendidos, 67.3% de los pacientes presentaron tambien como diagnostico odontologico Pulpitis Irreversible, en la tabla y grafico N° 5 se detalla los otros diagnosticos estudiados.

Tabla N° 5

Diagnostico Odontológico	n	%
Caries Dental	110	97,3
Pulpitis Reversible	41	36,3
Pulpitis Irreversible	76	67,3
Necrosis Pulpar	57	50,4
Remanente Radicular	48	42,5
Anquiloglosia	12	10,6
Diente Retenido	3	2,7

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Grafico N° 5



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

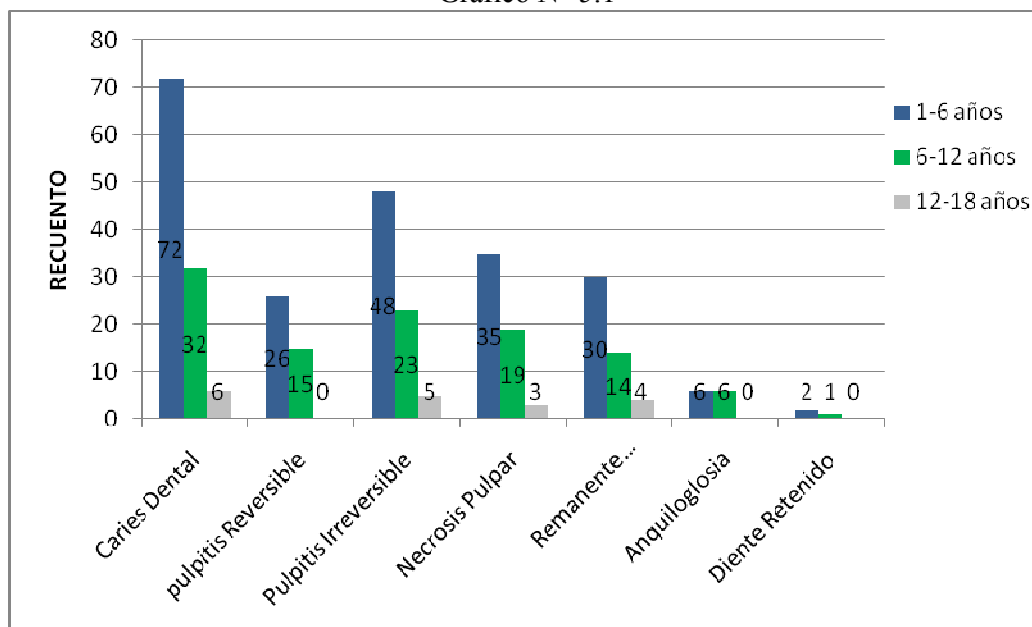
En la tabla y grafico N° 5.1, se observa la distribucion de los diferentes diagnosticos odontologicos con respecto a los grupos Etarios, donde los pacientes que presentan el mayor porcentaje pertenecen al grupo Etario de pacientes entre 1-6 años de edad.

Tabla N° 5.1

Diagnostico Odontologico	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	n	%	n	%	n	%
Caries Dental	72	65,5	32	29,1	6	5,5
Pulpitis Reversible	26	63,4	15	36,6	0	0
Pulpitis Irreversible	48	63,2	23	30,3	5	6,6
Necrosis Pulpar	35	61,4	19	33,3	3	5,3
Remanente Radicular	30	62,5	14	29,2	4	8,3
Anquiloglosia	6	50	6	50	0	0
Diente Retenido	2	66,7	1	33,3	0	0

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Grafico N° 5.1



*Frecuencia con respecto a la variable tratada

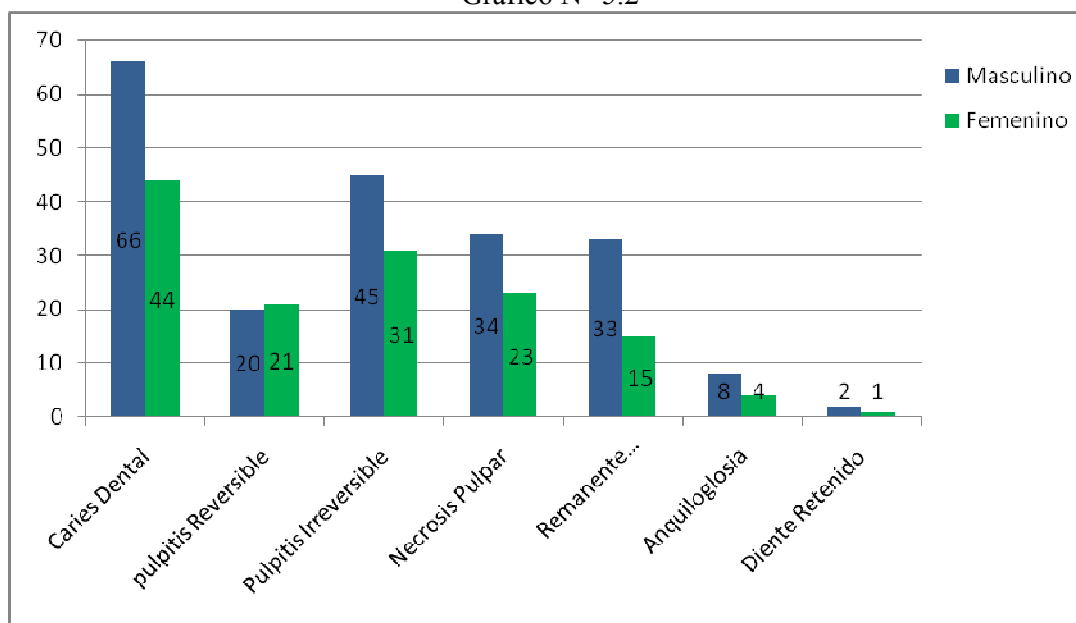
En la tabla N°5.2, se observa la distribucion de los diagnosticos odontologicos con respecto al sexo de los pacientes atendidos, observandose un porcentaje mas alto en el grupo sexual masculino, con excepcion de la Pulpitis Reversible que se encuentra en un 51.2% en las mujeres frente a un 48.8% en los varones.

Tabla N° 5.2

Diagnostico Odontologico	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	N	%
Caries Dental	66	60	44	40
Pulpitis Reversible	20	48,8	21	51,2
Pulpitis Irreversible	45	59,2	31	40,8
Necrosis Pulpar	34	59,6	23	40,4
Remanente Radicular	33	68,8	15	31,2
Anquiloglosia	8	66,7	4	33,3
Diente Retenido	2	66,7	1	33,3

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Grafico N° 5.2



*Frecuencia con respecto a la variable tratada

6. Tratamiento Odontológico * Grupo Etario * Sexo

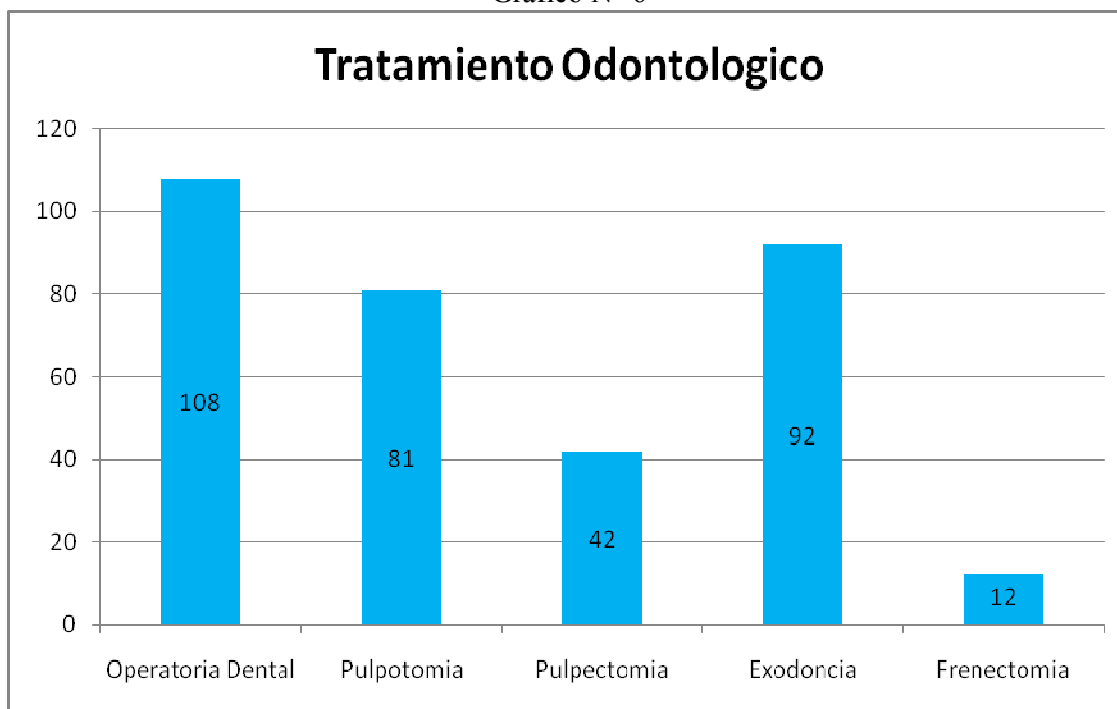
Los pacientes intervenidos en sala de operaciones recibieron diferentes tipos de tratamientos odontológicos, de acuerdo a los diagnósticos encontrados pudo abarcarse un tratamiento odontológico o la combinación de estos, así vemos que en la mayoría se hizo Operatoria Dental (95.6%) y Exodoncias (81.4%), indiscriminadamente del número de piezas intervenidas; los demás diagnósticos se detallan en la tabla y gráfico N° 6.

Tabla N° 6

Tratamiento Odontológico	N	%
Operatoria Dental	108	95,6
Pulpotomia	81	71,7
Pulpectomia	42	37,2
Exodoncia	92	81,4
Frenectomía	12	10,6

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 6



*frecuencia con respecto a la variable tratada

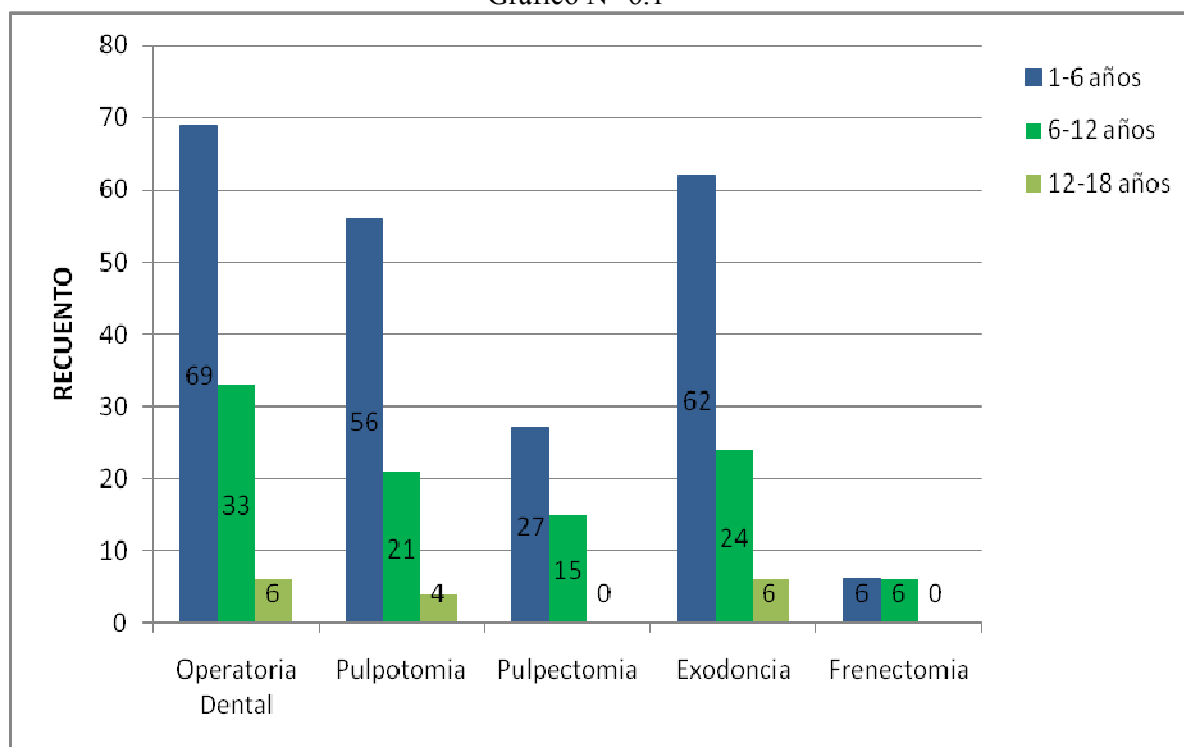
En la tabla yu grafico N° 6.1, se observa la relacion entre los tratamientos odontologicos recibidos y los grupos Etarios tratados, donde observamos que los pacientes de 1-6 años de edad presentan la mayor cantidad de tratamientos con respecto a los otros grupos.

Tabla N° 6.1

Tratamiento Odontologico	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	n	%	N	%	n	%
Operatoria Dental	69	63,9	33	30,6	6	5,6
Pulpotomia	56	69,1	21	25,9	4	4,9
Pulpectomia	27	64,3	15	35,7	0	0
Exodoncia	62	67,4	24	26,1	6	6,5
Frenectomia	6	50	6	50	0	0

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 6.1



*Frecuencia con respecto a la variable tratada

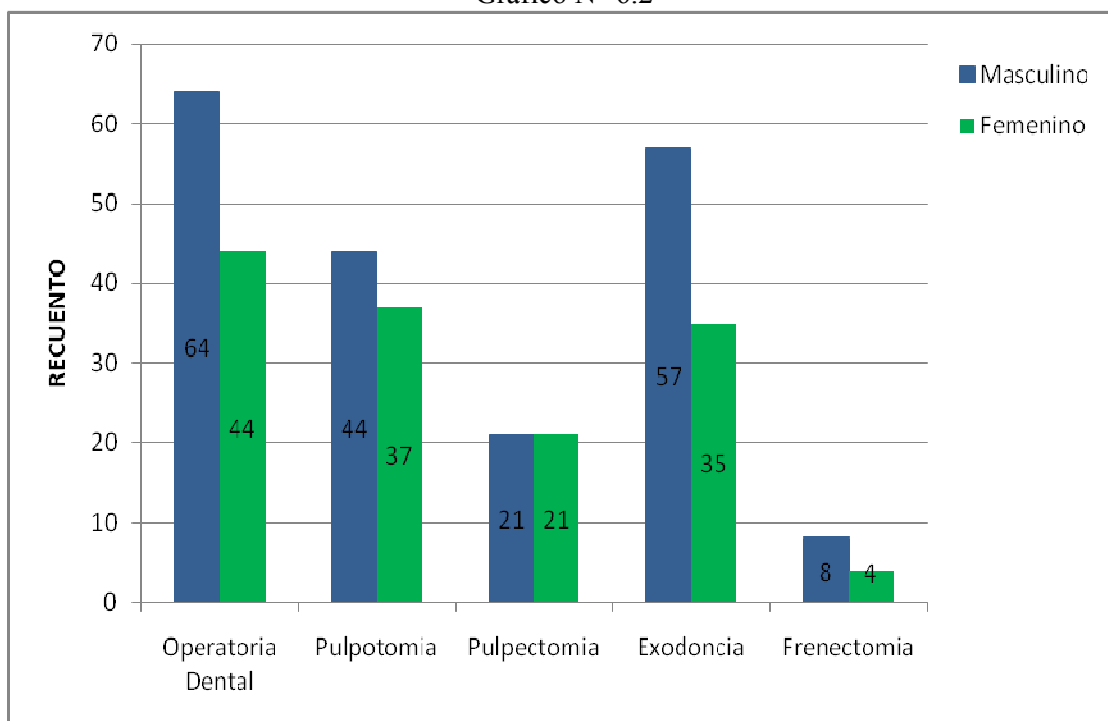
En la tabla y grafico N°6.2, se relaciona los tratamientos odontológicos con el sexo de los pacientes, donde el grupo conformado por el género Masculino contiene el mayor porcentaje de pacientes tratados, a excepción de la Pulpectomia donde los dos géneros comparten el 50% de los pacientes.

Tabla N° 6.2

Tratamiento Odontologico	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Operatoria Dental	64	59,3	44	40,7
Pulpotomia	44	54,3	37	45,7
Pulpectomia	21	50	21	50
Exodoncia	57	62	35	38
Frenectomia	8	66,7	4	33,3

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 6.2



*Frecuencia con respecto a la variable tratada

7. Riesgo Quirúrgico * Grupo Etario * Sexo

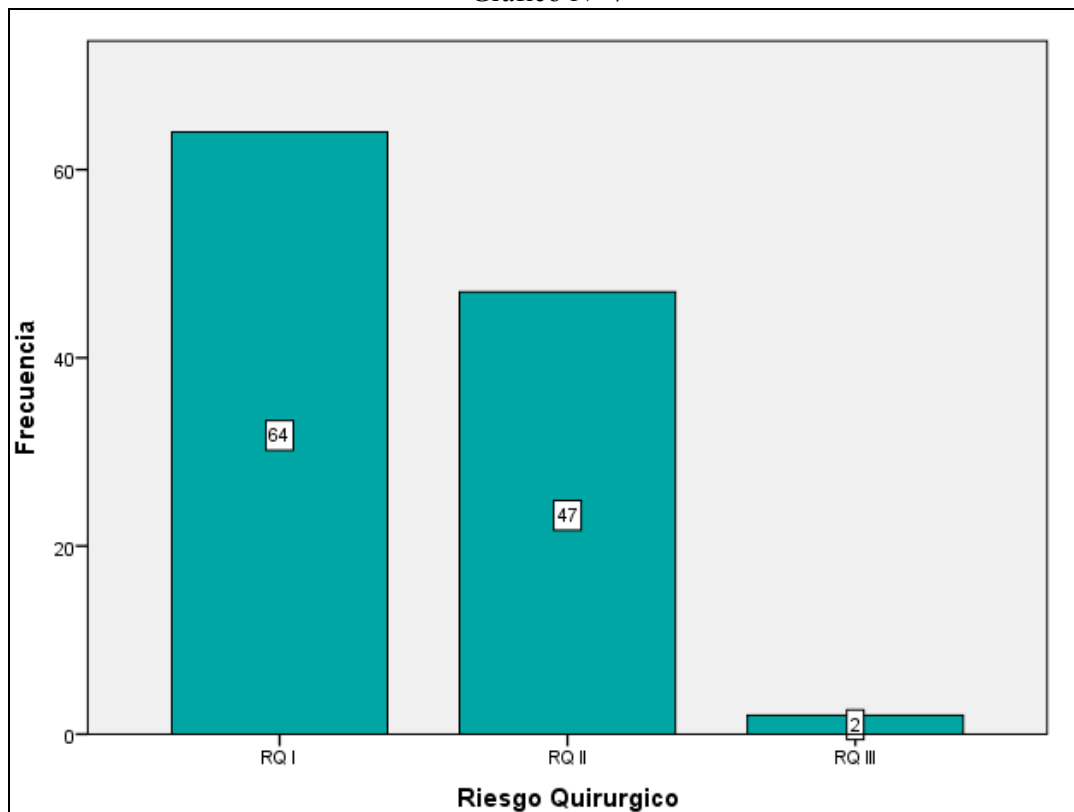
Los pacientes que fueron tratados en sala de operaciones entraron a esta, con un RQ basado en los exámenes previamente tomados, se observa en la tabla y grafico N° 7, que la mayor parte de pacientes (56.6%) presentan RQ I, (41.6%) presentan RQ II, en la tabla observamos también solo los RQ hallados en los pacientes intervenidos.

Tabla N° 7

Riesgo Quirúrgico	n	%
RQ I	64	56,6
RQ II	47	41,6
RQ III	2	1,8
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 7



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

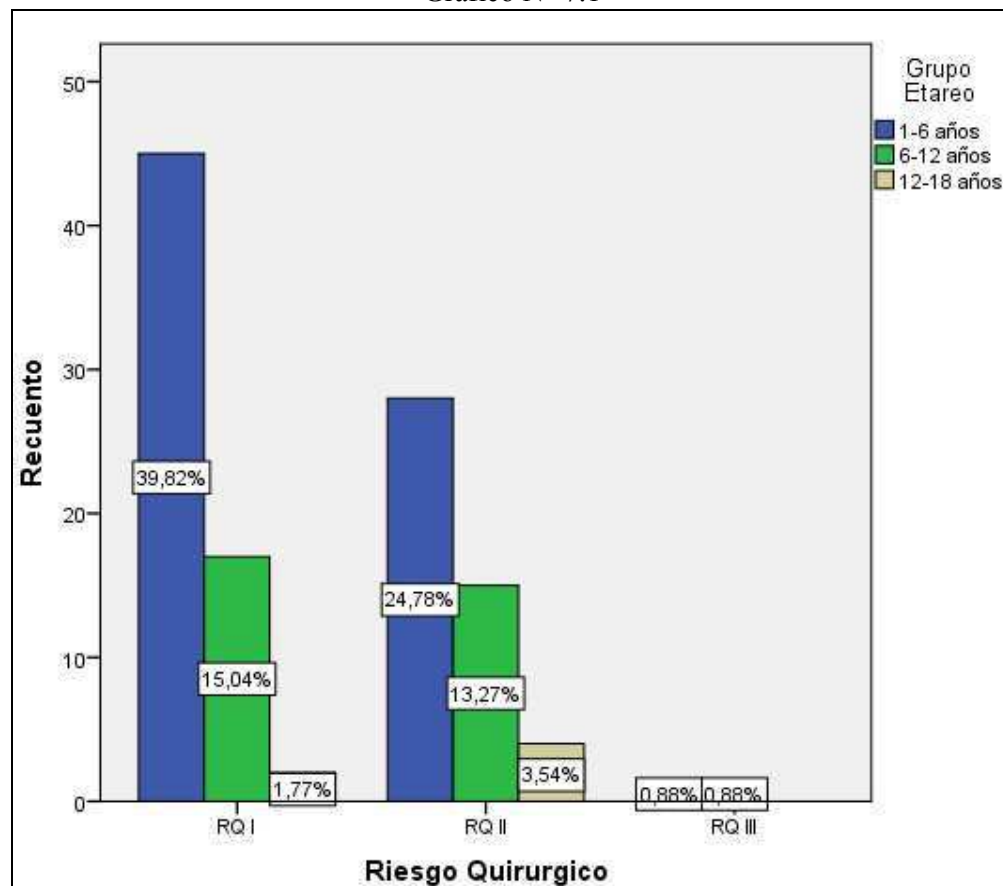
En la tabla y gráfico N° 7.1, se observa la relacion entre el Riesgo Quirurgico y el grupo Etario donde el grupo Etario de pacientes que comprenden entre 1-6 años de edad representan el mayor porcentaje.

Tabla N° 7.1

Riesgo Quirurgico	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	n	%	n	%	n	%
RQ I	45	70,3	17	26,6	2	3,1
RQ II	28	59,6	15	31,9	4	8,5
RQ III	1	50	1	50	0	0

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 7.1



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

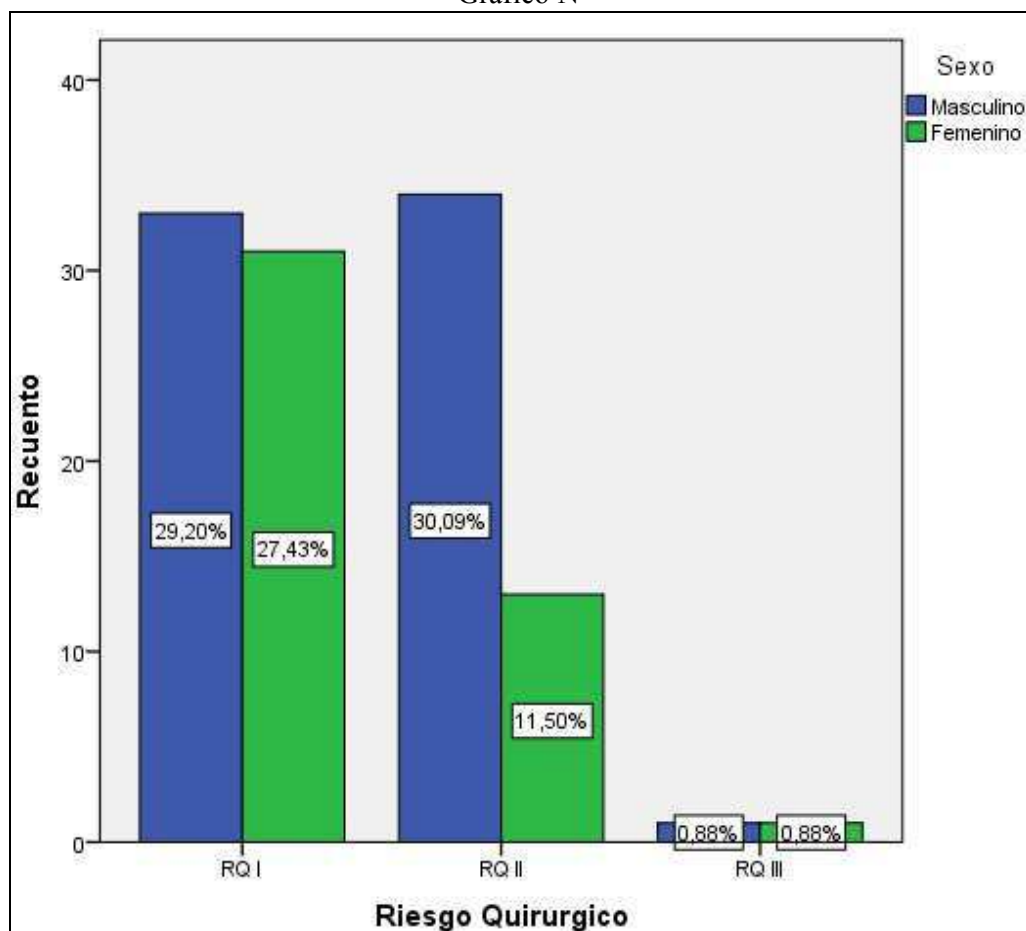
En la tabla N° 7.2, se relaciona el Riesgo Quirúrgico de los pacientes con el sexo de estos, donde observamos que el grupo Masculino conforma la mayor parte de estos.

Tabla N° 7.2

Riesgo Quirurgico	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
RQ I	33	51,6	31	48,4
RQ II	34	72,3	13	27,7
RQ III	1	50	1	50

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N°



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

8. Clasificación ASA * Grupo Etario * Sexo

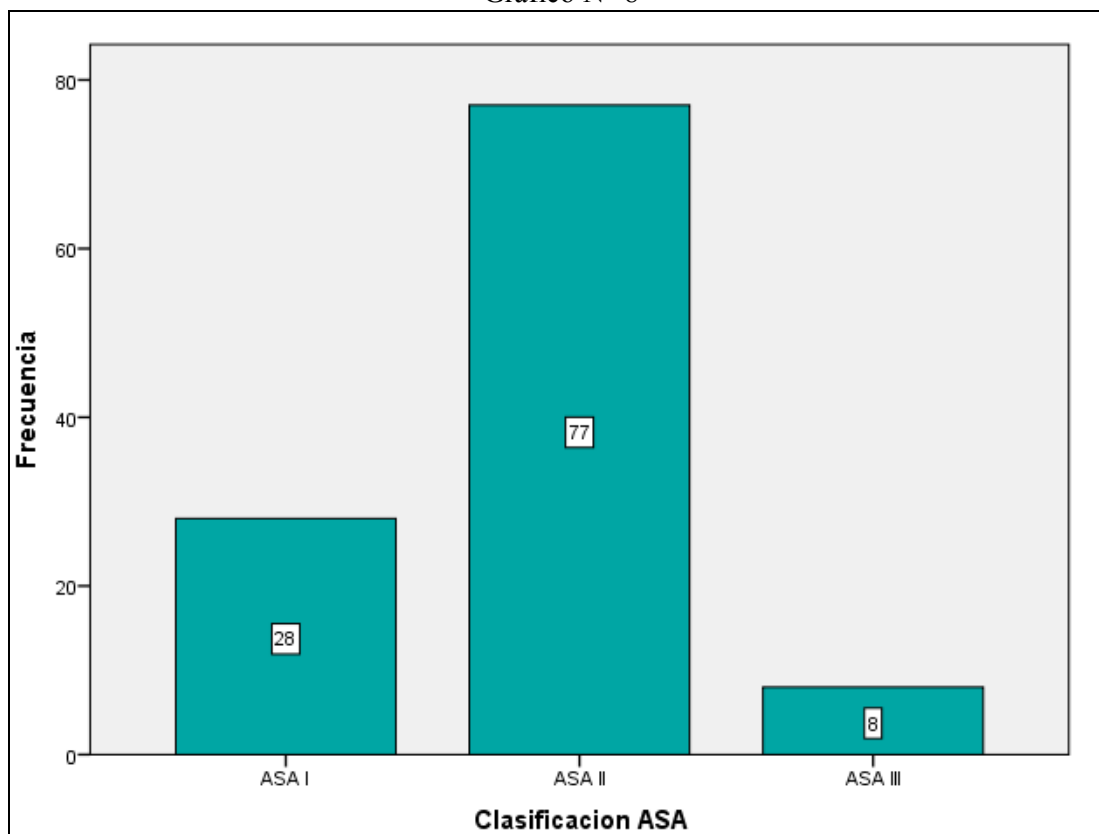
Los pacientes intervenidos también presentan una clasificación de acuerdo a ASA dadas por los anesthesiologos de sala de operaciones, en la tabla y grafica N° 8, se observa solo los ASA encontrados en los pacientes atendidos, dándose que el ASA II se encuentra en mayor porcentaje (68.1%).

Tabla N° 8

Clasificación ASA	N	%
ASA I	28	24,8
ASA II	77	68,1
ASA III	8	7,1
Total	113	100

*Porcentaje con respecto al total de pacientes

Gráfico N° 8



*Frecuencia con respecto al total de pacientes

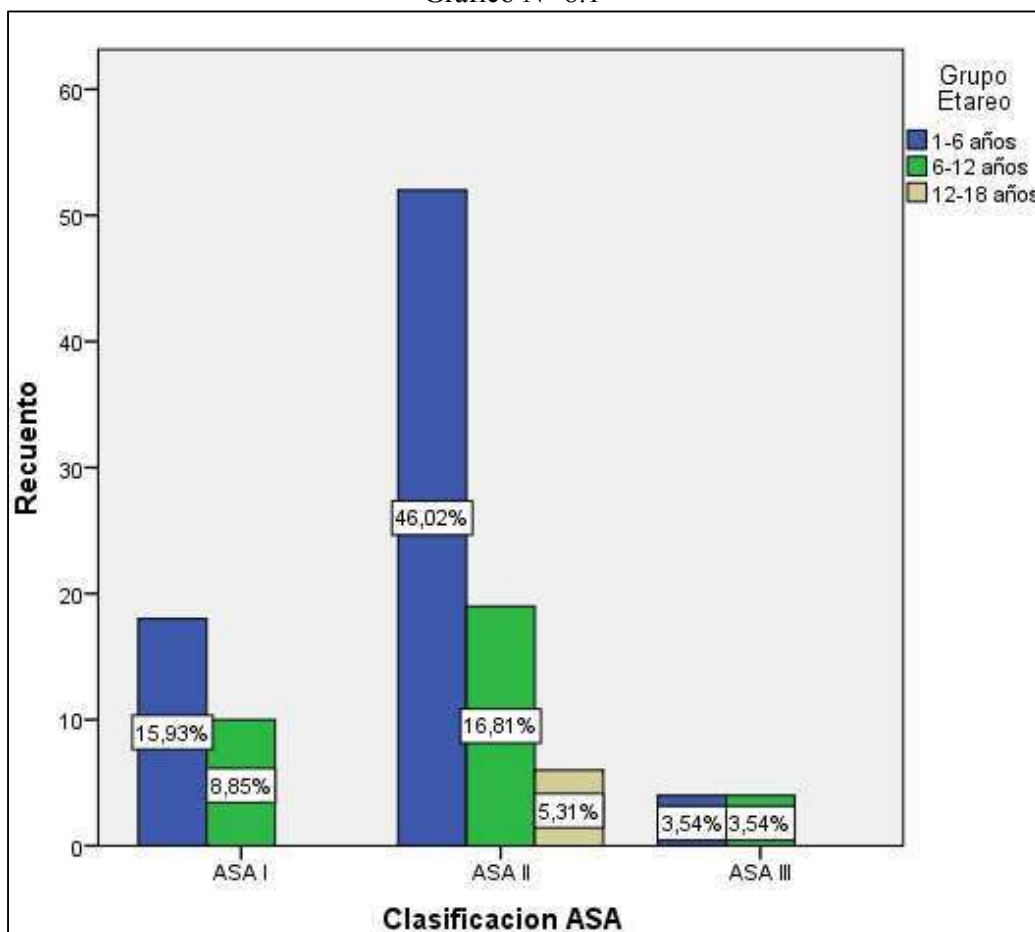
En la tabla y grafico N° 8.1, se relaciona la clasificacion ASA y los grupos Etarios de los pacientes tratados, donde la distribucion de pacientes se ve inclinada hacia el grupo Etario de 1-6 años de edad donde en el ASA II presentan 67.5% con respecto a los otros grupos.

Tabla N° 8.1

Tipo de Paciente	Grupo Etario					
	1-6 años		6-12 años		12-18 años	
	N	%	n	%	N	%
ASA I	18	64,3	10	35,7	0	0
ASA II	52	67,5	19	24,7	6	7,8
ASA III	4	50	4	50	0	0%

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 8.1



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

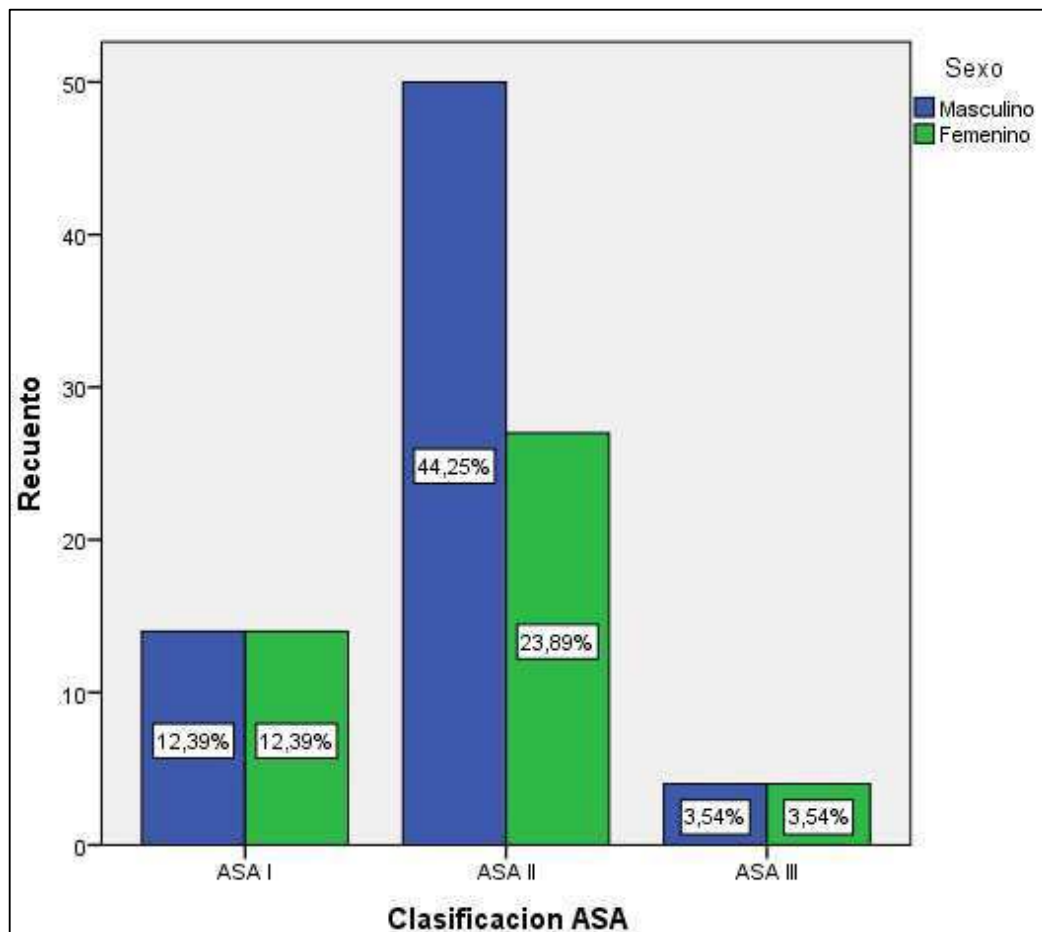
En la tabla y grafico N° 8.2, se observa la relación entre la clasificación ASA y el género sexual de los pacientes atendidos, donde el grupo Masculino es predominante.

Tabla N° 8.2

Tipo de Paciente	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
ASA I	14	50	14	50
ASA II	50	64,9	27	35,1
ASA III	4	50	4	50

*Porcentaje con respecto a la variable tratada

Gráfico N° 8.2



*Porcentaje con respecto al total de pacientes

VI. DISCUSIÓN

La presente investigación fue un estudio de tipo retrospectivo, ya que se reviso historias clínicas y radiografías y descriptivo ya que lo hace a través de cuadros y gráficos las frecuencias encontradas, con una muestra de 113 H.C. de los pacientes atendidos por el servicio de Cirugía Buco Maxilo Facial del departamento de Odontología del INSN, en el año 2010.

Se encontró que la mayor población se encuentra en un rango de edad de 1-6 años (65.5%), que en su mayoría los pacientes eran varones (60.2%), se encontró además un 25.7% de los pacientes con alguna enfermedad sistémica, además que de estas enfermedades las que se presenta con mayor frecuencia son las Neurológicas (8.8%), también que la caries dental será uno de los diagnósticos más frecuentes en la población (97.3%), que la pulpitis irreversible ocupó un segundo lugar en este estudio (67.3%), la operatoria dental es también el tratamiento más requerido por estos pacientes (95.6%), y que las exodoncias las siguientes más solicitadas (81.4%), también que la mayor parte de los pacientes intervenidos presentaban un RQ I (56.6%) lo cual no representaba un riesgo mayor para las intervenciones además de presentaren su mayoría un ASA II (68.1%) lo cual se evidencia en la cantidad de pacientes con enfermedad sistémica.

En un estudio similar, Valdez (1999) menciona que las necesidades de tratamientos odontológicos de los niños VIH (+) son muy altas, ellos mencionan que 8, el 36% de los 22 niños VIH(+) en dentición primaria requirieron tratamiento bajo anestesia general debido a caries de biberón⁴, es este trabajo también se encuentra la necesidad de tratamiento de caries dental en pacientes con enfermedad sistémica y en dentición primaria (18), que representan el 62.1% de los pacientes con enfermedad sistémica de los cuales uno de ellos pertenece al grupo de las enfermedades infecciosas.

Loyola y col (2002) incluyeron 31 pacientes. Los grupos de pacientes más importantes fueron: parálisis cerebral infantil, niños sanos no cooperadores y síndrome de Down. Los tratamientos más solicitados fueron: obturaciones de resinas, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis, extracciones, endodoncia, coronas de acero-cromo y cirugía maxilofacial⁷; se coincide con este estudio en que los grupos mas importantes representados por la frecuencia

encontrados fueron los niños sanos no cooperadores, los que presentan enfermedad de tipo neurológica al cual pertenece la PCI, y los desordenes mentales y también existe coincidencia en que los tratamientos mas solicitados fueron la Operatoria Dental, las Exodoncias y las Endodoncias(Pulpectomias y Pulpotomias). Guerra y col (2003), también abarcan el tema de la atención a pacientes medicamente comprometidos.

De la teja y col (2004) estudiaron 347 pacientes. Las edades iban de 23 meses (1 año 9 meses), a 204 meses (17 años), media de 71.93 (5 años 9 meses). El 3.7% era sanos y 96.3% tenía un problema médico. Los motivos para ser tratados con anestesia general fueron: ser no cooperadores, médicamente comprometidos y con tratamiento dental extenso o complejo¹¹, en el presente estudio se abarca a pacientes de 1-18(Recién cumplidos), la diferencia se encuentra en la cantidad de pacientes que presentan enfermedad sistémica donde encontramos 25.7%, y la coincidencia se encuentra en los motivos por las cuales los pacientes entran a sala de operaciones. Sanjuan y carracedo(2004) coinciden también en los motivos para que los pacientes sean tratados con anestesia general.

Pizano y Bermúdez (2004) dedujeron que no existe evidencia científica publicada que compruebe que la sedación y la anestesia general, conllevan por sí mismas, un riesgo a la salud o la vida del paciente¹³, en el presente estudio consideramos el RQ y la Clasificación ASA dada por los profesionales médicos para evitar riesgos en sala de operaciones, encontramos pacientes con un RQ I(56.6%) y un ASA II(68.1%).

VII. CONCLUSIONES

1. Los niños que comprenden entre 1-6 años de edad, son los que en su mayoría requieren tratamiento odontológico integral bajo anestesia general.
2. En el presente estudio se encontró que la mayor parte de pacientes que requieren este tratamiento son del sexo Masculino.
3. El tratamiento odontológico integral bajo anestesia general encuentra su necesidad en pacientes medicamente comprometidos y aquellos sanos no cooperadores al tratamiento ambulatorio.
4. El tratamiento odontológico integral bajo anestesia general se encuentra como una buena alternativa para la atención de paciente no colaboradores y que presentan diagnósticos odontológicos complejos.
5. Pacientes con enfermedades de tipo Neurológicas, son los que presentan mayor necesidad de atención en comparación con los demás diagnósticos sistémicos hallados.
6. Los diagnósticos que se encuentran más distribuidos entre los pacientes son: Caries Dental, Lesiones Pulpares y Remanentes Radiculares.
7. Los tratamientos encontrados que más se requieren en este tipo de rehabilitaciones integrales fueron: Operatoria dental, Exodoncias y Endodoncias.
8. Los pacientes que entran a sala de operaciones se encuentran en su mayoría una enfermedad sistémica controlada.

VIII. RECOMENDACIONES

1. En la presente investigación se abarco a los pacientes atendidos en el 2010, se recomienda realizar otros trabajos abarcando años, donde podría encontrarse más datos de relevancia.
2. Realizar investigaciones de este tipo en otras instituciones que también brinden este servicio y/o tratamiento.
3. Utilizar los resultados este estudio como base para otros estudios de tipo longitudinal donde podamos apreciar resultados a largo plazo.
4. Emplear los resultados de este estudio como base de trabajo para la práctica clínica, aproximando el material humano y clínico, que se requiere para el universo de pacientes que requieren este tratamiento en salud pública.
5. Realizar una mayor labor preventiva en pacientes con enfermedades sistémicas diagnosticadas, ya que estos presentan una mayor necesidad de tratamiento.
6. Así, en los hospitales, incluir un odontólogo que realice una labor de reconocimiento dentro de los pacientes internados y ofrezca orientación preventiva sobre salud oral.
7. La agilización de los trámites hospitalarios, como también la necesidad de mayor número de intervenciones, según los resultados del presente trabajo, los diagnósticos odontológicos varían a medida que el tiempo avance y los tratamientos requeridos se tornan diferentes.
8. De igual manera, en la facultad que se realiza atención a pacientes sistémicamente comprometidos, se recomienda el registro y la orientación preventiva de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Bennet, C. Anesthetic management: historical, present, future. Dent Clin North Am 31:81-95, 1987.

2.- Trevejo G. Tratamientos odontológicos ambulatorios bajo anestesia general con ketamina / Ambulatory dental treatments under general anesthesia with ketamine. REH [En línea] ene.-jun. 1992 [Fecha de acceso, Agosto del 2011] 2(1):27-31. URL disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=l nk&exprSearch=156496&indexSearch=ID>

3.- Nathan, J. Managing behavior of preoperative children. Dent Clin North Am 39:803-11, 1995.

4.- Valdez. Oral Health of AIDS patients: a hospital based study. Journal of Dent Child 61: 114 – 8.

5.- Bello L. A retrospective study of pediatric dental patients treated under general anesthesia. SOJ [En línea] Junio 2000 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 10 (12) URL disponible en:

<http://www.sdsjournal.org/.../401-2000-12-1-10-15>

6.- Rao T, Man W, Needleman H, Acs G. Failure rates of restorative procedures following dental rehabilitation under general anesthesia. PD [En línea] 2002 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 24:1 URL disponible en:

<http://www.aapd.org/upload/articles/Tate1-02.pdf>

7.- Loyola J, Aguilera A, Torres A, Santos M, Gonzales K. Necesidades de tratamiento odontológico de pacientes pediátricos bajo anestesia general, BMHIM [En línea] 2002; [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 59(5) URL disponible en:

http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=4198&id_seccion=134&id_ejemplar=470&id_revista=20

8.- Vargas M. Tratamiento odontológico bajo anestesia general: ¿un procedimiento útil en el tercer milenio? MO [En línea] 2003 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 8:281-7. URL disponible en:

<http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i2/medoralv8i2p129.pdf>

9.- Guerra M, Tovar V, Salazar A. Tratamiento odontológico en pacientes pediátricos VIH(+) bajo anestesia general en la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela, AOV [En línea] 2003[Fecha de acceso, Agosto del 2011]. URL disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000200005&script=sci_arttext

10.- Guerra M, Tovar V, Blanco L, Garrido E, Carvajal A. Lesiones en tejidos blandos bucales en niños con infección por el virus de inmunodeficiencia humana y verticalmente expuesto, AVPP [En línea] 2003 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. URL disponible en:

<http://www.svpediatria.org/documentos/68Julio-Septiembre.pdf>

11.- De la Teja E, Duran A, Ceballos H, Macedo A. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en el Servicio de Estomatología Pediátrica. APM [En línea] 2004 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 25(6):342-8. URL disponible en:

[http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/nov-diciembre%202007/Acta%20Pediatr%20Mex%202007-28\(6\)-243-7.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/nov-diciembre%202007/Acta%20Pediatr%20Mex%202007-28(6)-243-7.pdf)

12.- Sanjuan C, Carracedo. Tratamiento odontológico y anestesia general: Revisión de la literatura, Dental treatment and general anesthesia: A review, AO [En línea] 2004 , [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 474-480 URL disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1019563>

13.- Damasco M, Bermúdez R. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. Abordaje anestésico y evaluación del éxito. ADM [En línea] 2004 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 61 (6) URL disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=400129&indexSearch=ID>

14.- Arenas M, Barbería E, Marotom M, Gómez B. Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad, RCOE [En línea] 2006 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. URL disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2006000300005&script=sci_arttext

15.- De la Teja, Durán G, Ceballos H, Macedo R. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en niños con VIH+. Informe de tres casos, APM [En línea] 2007 [Fecha de acceso, Agosto del 2011]. 28(6):243-7 URL disponible en:

[http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/nov-diciembre%202007/Acta%20Pediatr%20Mex%202007-28\(6\)-243-7.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/nov-diciembre%202007/Acta%20Pediatr%20Mex%202007-28(6)-243-7.pdf)

16.- Carlos Salinas Antezana, Anestesia General en Odontología [Sitio en Internet] Disponible en:

www.rubenbrizuela.es

Consultado: Agosto del 2011

17.- Cameron, A.c. ; Widmer, R., Manual De Odontología Pediátrica, Editorial Elsevier - España 2000

18.- Boj JR, Catala M, Garcia-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatria. Editorial Masson, Barcelona 2004

19.- Weisshaar S. Endodoncia en denticiones primaria y mixta. Fundamentos, patologías y diagnostico. Quintessence (ed.esp.) 16(7):66-74,2003

20.- University of illinois at chicao, Department ophthalmology and visual sciences, El ojo en las enfermedades sistémicas [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www.uic.edu/com/eye/LearningAboutVision/EyeFacts/Spanish/Sistemicas.shtml>

Consultado: Agosto del 2011

21.- Red de la Sociedad Cubana de Cirugía, Evaluación preoperatoria en pacientes sanos [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www.sld.cu/uvs/cirured/temas.php?idv=6592>

Consultado: Agosto del 2011

22.- Asociación Odontológica Argentina, Odontología en Pacientes de Riesgo Medico [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www2.aoa.org.ar/Content.aspx?Id=8505&Parent=3737>

Consultado: Agosto del 2011

23.- American Society of Anesthesiologists (ASA), Sistema de clasificación ASA [Sitio en Internet] Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/sistema_de_clasificacion_asa.pdf

Consultado: Agosto del 2011

24.- Wikipedia La Enciclopedia Libre, Pediatría [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa>

Consultado: Agosto del 2011

25.- Europrofem, Mitos sobre lo masculino y lo femenino [Sitio en Internet] Disponible en:

http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/cazes/02_cazes.htm

Consultado: Agosto del 2011

26.- Conselleria de sanitat. Generalitat Valenciana, Anestesia General [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www.san.gva.es/comun/ciud/docs/pdf/anestesia2c.pdf>

Consultado: Agosto del 2011

27.- MedicosCubanos.Com, Sala de Operaciones [Sitio en Internet] Disponible en:

http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=sala%20de%20operaciones

Consultado: Agosto del 2011

28.- Arte dental, ¿A que se le llama Tratamiento Dental Integral? [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www.laboratorioartedental.com.mx/preguntas-frecuentes/56.html>

Consultado: Agosto del 2011

29.- Instituto Nacional de Salud del Niño, Historia. [Sitio en Internet] Disponible en:

http://www.isn.gob.pe/quienes_somos/historia

Consultado: Agosto del 2011

30.- “MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE GESTIÓN ESTATAL”

[Sitio en Internet] Disponible en:

http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/Docs/2801_OPIGRJU_2011517_105945.pdf

Consultado: Agosto del 2011

31.- Medciclopedia, Clasificación Internacional de las Enfermedades Sistémicas, ICD-10 [Sitio en Internet] Disponible en:

<http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm>

Consultado: Agosto del 2011

ANEXOS

-ANEXO I-

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

I. Enfermedades infecciosas y parasitarias

II. Tumores

III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad

IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

V. Trastornos mentales y del comportamiento

VI. Enfermedades del sistema nervioso

VII. Enfermedades del ojo y sus anexos

VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

IX. Enfermedades del sistema circulatorio

X. Enfermedades del sistema respiratorio

XI. Enfermedades del sistema digestivo

XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

XIV. Enfermedades del sistema genitourinario

XV. Embarazo, parto y puerperio

XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

XX. Causas externas de mortalidad

XXII. Códigos para propósitos especiales (octubre 2003)³¹

-ANEXO II-

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE CBMF DEL INSN

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas	Enfermedades Endocrinas	Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales	Enfermedades del sistema genitourinario	Desórdenes mentales
VIH	Síndrome Nefrítico crónico	Diabetes Mellitus Insulinodependencia	Anemia Aplásica	Tetralogía de Fallot	Epilepsia	Nefropatía hereditaria	Retraso mental grave
Viruela con otras complicaciones	Síndrome Dismorfico	Hipertiroidismo	Anemia por Déficit de Hierro	Estenosis de la Válvula Pulmonar	Parálisis Cerebral Infantil		
Actinomicosis	Síndrome de Noonan	Hipoparatiroidismo	Anemia por Déficit de Vitamina B12	Estenosis Mitral			
Brucelosis	Síndrome de Down	Hipotiroidismo congénito	Hemofilia A	Angina de Pecho			
Dermatofitosis	Síndrome de Crouzon (Disostosis Craneo-Facial)		Hemofilia B	Arteroesclerosis			
Endocarditis Aguda y Subaguda	Síndrome de Coffin Loum		Hemofilia C	Enfermedad hipertensiva cardiaca			
Enfermedad por virus citomegálico	Síndrome de Klippel Feil		Enfermedad de Von Willebrand	Hipotensión idiopática			
Enfermedad crónica de las amígdalas y de los	Síndrome de Moebius		Favismo	Tromboembolismo pulmonar			

adenoides							
Hepatitis	Síndrome de Silver Rousell		Lupus eritematoso sistémico				
Meningitis bacteriana	Síndrome de Holt Oram		Púrpura idiopático trombocito pénico				
Miocarditis Reumática	Síndrome de Hurler						
Mononucleosis infecciosa	Síndrome de Hunter						
Neocarditis	Síndrome de Ivemark						
Osteomielitis	Síndrome de Jackson Weiss						
Paracoccidiosis	Síndrome de Levin Jarcho						
Parotiditis infecciosa	Síndrome de Joubert						
Pericarditis Aguda	Síndrome de Kallmann						
Pericarditis Reumática Crónica	Síndrome de Kartagener						
Sarampión	Síndrome de Klinefelter						
Varicela	Síndrome de Klippel Trenaunay						
Tularemia	Síndrome de Kluber Bucy						
Tuberculosis pulmonar	Síndrome de Kopsakoff						
Rubeola	Síndrome de Landau Kleffner						

	Síndrome de Isaacs						
	Síndrome de Job						
	Síndrome de Johanson Blizzard						
	Síndrome de Jüberg Marsidi						
	Síndrome de KBG						
	Síndrome de Kearns Sayre						
	Síndrome de Kenny Caffey						
	Síndrome de Klein Levin						
	Síndrome de Laband						
	Síndrome de LADD						
	Síndrome de Lambert Eaton						
	Síndrome de Jacobsen						
	Síndrome de Turner						
	Hidrocefalia						
	Microcefalia						

-ANEXO III-

CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL NÚMERO DE MUESTRA

Para su cálculo se consideró 90% de prevalencia de pacientes no colaboradores en el servicio de CBMF del Instituto de Salud del Niño. Se consideró un nivel de error de 5%, tamaño de población de N= 600 (pacientes atendidos en promedio por año),

Fórmula:

$$n = 1.96^2 \frac{N * p * q}{i^2 * (N - 1) + 1.96^2 * p * q} =$$

Donde

n = Tamaño de muestra

N = 600, tamaño Población

$Z = 1.96$ para, valor tabular de la distribución normal estándar para un nivel del 95% de confianza

$p = 0.90$ (dato calculado a través de muestra piloto tomado en el mes de octubre 2010)

$q = 1 - p = 1 - 0.90 = 0.10$

$i = 0.05$, nivel de error,

Haciendo las operaciones indicadas, se obtuvo un $n = 113$, por año.

-ANEXO IV-

” CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2010”

EDAD:Años

1-6	
6-12	
12-18	

SEXO:

1 - MASCULINO	
2 – FEMENINO	

PACIENTE NO COLABORADOR

1 – SANO	
2 –ENFERMEDAD SISTEMICA	

ENFERMEDAD SISTEMICA

INFECCIOSAS	
SINDRÓMICAS	
ENDOCRINAS	
SANGUÍNEAS	
CARDIOCIRCULATORIAS	
NEUROLÓGICAS	
GENITOURINARIAS	
DESÓRDENES MENTALES	

DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO

CARIES DENTAL	
PULPITIS REVERSIBLE	
PULPITIS IRREVERSIBLE	
NECROSIS PULPAR	
REMANENTE RADICULAR	
ANQUILOGLOSIA	

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

OPERATORIA DENTAL	
PULPOTOMIA	
PULPECTOMIA	
EXODONCIA	
FRENECTOMIA	

RIESGO QUIRÚRGICO

1 – RQ I	
2 – RQ II	
3 – RQ III	
4 – RQ IV	
5 – RQ V	

CLASIFICACIÓN ASA

ASA I	
ASA II	
ASA III	
ASA IV	
ASA V	
ASA VI	
ASA E	

OBSERVACIONES:.....

.....

-ANEXO V-

COPIA DE SOLICITUD ENVIADA AL DIRECTOR DEL INSN

SOLICITO: FACILIDADES PARA LA REALIZACION DE PROYECTO Y RECOPIACION DE DATOS

Señor Doctor
LUIS SHIMABUKU AZATO
Instituto Nacional de Salud del Niño

ROBERTO
Director del

Señor Doctor:

El que suscribe Sr. JOHAN OMONTE GUTIERREZ, identificado con DNI N° 43775291, con código 05050010, alumno de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y domiciliado en la Mz. A Lt. 9 Coop. América San Juan de Miraflores, ante Ud. Me presento y expongo:

Que habiendo realizado mi internado hospitalario en el año 2010 y satisfactoriamente haber concluido mis rotaciones correspondientes, me hago conocedor de la alta calidad de servicio de salud y de la función académica que brinda y realiza el Instituto Nacional de Salud del Niño, por este motivo decido realizar un proyecto de investigación en el departamento de Odontopediatría titulado: "Características Clínicas y Epidemiológicas de los Pacientes Sometidos a Tratamiento Odontológico Integral Bajo Anestesia General en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2010". Solicito tenga a bien disponer lo conveniente a fin que se me otorgue las facilidades para la realización de este, y también lo mismo en la recopilación de datos para cuyo efecto adjunto a esta solicitud mi proyecto de investigación.

Agradeciéndole anticipadamente la atención que le merezca la presente solicitud, me despido de Ud.

Atentamente.

Lima, 10 de febrero del 2011



JOHAN OMONTE GUTIERREZ Interno del INSN-
2010

-ANEXO VI-

RECOPIACION DE DATOS EN EL ARCHIVO DE H.C. DEL INSN

